



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.49

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

何をなすべきか、何ができるか

日本リハビリテーション医学会 理事長 里宇 明元

2011年3月11日に発生した未曾有の大地震と津波により、尊い命を失われた方々に謹んで哀悼の意を表しますとともに、今なお、大きな不安を抱えながら、厳しく、不自由な生活を強いられている被災者の皆様に心よりお見舞い申し上げます。

被災地の苛酷な環境の中で、熱意を持って診療活動に励んでおられる会員の皆様、全国の会員が皆様を応援しております。くれぐれもお体にお気をつけてお過ごしください。また、計画停電、交通機関の乱れ等の影響により、日々、診療・教育・研究機能の維持に苦勞しておられる会員の方々に心よりお見舞い申し上げます。

今回の震災による甚大な被害を目の当たりにして、言葉を失うような大きな衝撃を受けるとともに、多くの国民が、命の尊さ、家族・友人・地域の人々との絆の大切さ、普段は意識することがなかった見慣れた景色の愛おしさ、そして何よりも、普通に、安心して生活できることのかげがえのなさ、を実感したのではないかと思います。

祖国日本が直面するこのかつてない深刻な危機に際して、われわれはひとりの人間として、また、リハビリテーション医学を志す者として何をなすべきか、何ができるのか、問いつける日々が続いています。

一日も早く、被災者の方々の生活が安心と安らぎに包まれたものとなりますように、被災地に希望と明るい笑顔が戻りますように、そして当たり前の日常を送れますように、心から願うとともに、今こそ、ひとりひとりが持てる力を出し合い、皆の力を結集して、前に進んでいく時だと思えます。

リハビリテーション医療は、早期から障害を予防し、障害された機能を最大限に回復させ、また、障害された機能を的確に補うことによって、人々が生き活きとした生活を送れるように支援するために、必須の医療機能です。日本リハビリテーション医学会は、1963年に、「リハビリテーションに関する医学の進展と知識の普及を図り、学術文化の発展に寄与すること」を目的として設立され、これまでリハビリテーション医学・医療を日本の社会に根付かせ、その進歩を牽引するうえで重要な役割を果たしてまいりました。そして、本学会は、2013年には設立50周年の大きな節目を迎え、「歴史を振り返り、未来を拓く」を合い言葉に、50周年記念事業の実施が計画されています。

そのような学会としての節目を迎えようとしているまさにその時に、今回の大震災が起きました。「われわれは何をなすべきか」、「何ができるか」、その答えは常にひとりひとりが自問自答しながら、見つけていくものかもしれません。ただ少なくとも、「リハビリテーション医学・医療の専門家集団」として、多くの専門家集団と、また、国民と一致協力して、被災者・被災地の復興支援に最大限の力を注ぐことは、リハビリテーション医学会として果たすべき役割ではないかと考えます。今、目の前にある問題・課題に真剣に取り組むことなしに、リハビリテーション医学会の次の50年の展望や明るい未来は拓けません。今こそ、われわれの総力を結集し、人々のため、社会のために尽くす時だと思えます。

かつて経験したことのない深刻かつ広範な被害をもたらしている今回の大震災に直面し、日本リハビリテーション医学会は、リハビリテーション医学・医療の専門家集団として、被災地域の学会員を支援しながら、関係団体、行政等との密な連携のもとに、被災者の支援、特に災害弱者である高齢者、障害児・者のリハビリテーション医療支援、生活支援、廃用症候群・二次障害の予防に向けて、精力的な取り組みを押し進めております。状況は時々刻々と変化しておりますが、会員の皆様にこれまでの経過の概要をご報告させていただきます(表をご

目次

- 理事長緊急メッセージ：何をなすべきか、何ができるか..... 1-2
 - 学会HP「東日本大震災リハ支援関連情報」サイト..... 3
 - 特集：再生医療—脳卒中患者に対する再生医療、骨・関節の再生医療..... 4-7
 - 第48回学術集会：近況報告..... 8
 - INFORMATION：診療ガイドライン委員会、編集委員会、データマネジメント特別委員会、障害保健福祉委員会、中部・東海地方会、九州地方会..... 7-9
 - リハ医への期待(8)：糖尿病患者のひとり言..... 10
 - 専門医会コラム：リハ医学基礎研究SIG・小児リハSIG..... 11
 - 2010年度 海外研修助成印象記..... 12-13
 - 医局だより：金沢医科大学..... 14
 - 追悼文：藤原誠先生を偲んで..... 14
 - REPORT：市民公開講座(青森、岡山)、第20回日本障害者スポーツ学会、第2回日本ニューロリハビリテーション学会学術集会..... 15-16
 - 広報委員会より、お知らせ..... 18
- 広告：医歯薬出版(株)、武田薬品工業(株)

参照ください)。

一方では、学会としての通常業務は待ったなしであり、業務を滞りなく進めていく必要があります。財務、公益法人化、専門医制度改革など、多くの重要業務を担当して来られた上月常任理事が被災地におられ、現地での対応に忙殺されていることから、過去2年間、常任理事として学会のために尽力された吉永理事に常任理事代行をお願いし、この難局を乗り切ることになりました。また、役員会も対面会議の実施が困難な中で、メール審議を活用して精力的に審議を行っております。今後、重要案件に関しては、テレビ会議なども活用し、学会としての業務が円滑に進むように配慮してまい

ります。

会員の皆様におかれましては、このような困難な時こそ、震災対応にご協力いただくとともに、高い志と熱意を持って、学会の重要な役割である質の高いリハビリテーション医療の提供、未来を創り出すための後進の育成、専門家としての質を担保するための生涯教育、そして科学を進め、新たな価値を生み出す挑戦的な研究に、今までにも増して邁進されますことをお願いいたします。

この国家的難局に際し、学会をあげて取り組んでいく決意ですので、会員の皆様におかれましては、引き続き、ご支援、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

表 日本リハビリテーション医学会としての震災後の対応の経過 (2011年3月24日現在)

月日	おもな活動内容
3月11日	・震災対策本部を立ち上げ(本部長：里宇理事長)
3月12日	・未明に評議員・専門医宛に安否・被災状況確認メールを発信
3月13日	・震災対応ワーキンググループ(WG)発足(住田監事、佐浦理事、菅理事、田中近畿地方会代表幹事) ・吉永理事に常任理事代行を委嘱。役員会で、震災への対応、学会通常業務の遂行体制を確認。 ・リハビリテーション関連5団体(理学療法士協会、作業療法士協会、言語聴覚士協会、リハビリテーション病院施設協会)に連携を要請。
3月14日	・震災対応WGより当面の対応について提言
3月15日	・東北大学 上月常任理事と現地の状況、当面のニーズについて情報交換。 ・安否・被災状況確認メールへの返信状況を整理。 ・理事長メッセージを会員にメルマガで発信。
3月16日	1. 東北大学より仙台市内の急性期病院入院中のリハビリテーション科患者受け入れの要請あり。各地方会に受け入れ可能施設とサポートスタッフのリストアップを要請、リハビリテーション病院施設協会にも協力を要請。移送手段について宮城県と交渉し、大型バスを確保。 2. 東北大学で被災地への医療キャラバン隊がスタート。リハ医2名も同行。 3. 震災後のリハ支援、生活支援を多職種協働で行う「生活機能対応専門職チーム」が発足(リハ医学会、PT協会、OT協会、ST協会、介護福祉士会、介護支援専門員協会、精神保健福祉士協会、医療社会事業協会、臨床心理士会、心理臨床学会、カウンセリング学会、トラウマティックストレス学会、全社協、事務局：長寿医療研究センター)。 4. 報道関係3社と情報交換。
3月17日	・東北大学への緊急物資支援について各地方会に要請。 ・東北大リハ科は generalist としての医療提供に注力。 ・厚生労働省保険局医療課長、介護保険課長、医政局指導課にこれまでの学会の取り組みを報告し、今後、必要になると予想されるリハビリテーション医学・医療の観点からの支援について提言。
3月18日	・震災対応WG開催、情報センター設置等について提言。 ・専門医会に、災害急性期にリハとして現場で実行可能なこと、行うべきことの指針の作成を要請。
3月19日	・震災対応WG開催、当面の対応について提言。 ・現地での診療支援および物資の支援について、会員にメルマガで発信。 ・報道関係者と情報交換。
3月20日	・厚生労働省保険局医療課、介護保健課に、全国各地に移動する被災者に対する、1) リハ専門職による検診・廃用予防対応、2) 集中リハが必要な被災者のスクリーニングと回復期リハ病棟等での受け入れ、3) 避難先で必要とされている補装具・介護福祉機器の調査・調達、の必要性を提言。 ・厚生労働省保険局医療課、介護保健課に、大震災時における口腔ケアの重要性を提言し、神戸常磐短期大学口腔保健学科足立平先生作成のパンフレットを送付。 ・PT協会、OT協会、ST協会に上記活動における連携を提案。 ・報道関係者と情報交換。 ・リハビリテーション医学会震災関連情報センターを立ち上げ(川崎医大 椿原理事、鹿児島大学 川平理事、池田先生、システム・広報委員会 担当 菅先生、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会副会長 園田先生)。情報収集、管理、発信を一元化。 ・情報センターより情報発信。 ・リハ患者受入れ病院リストを会員ページに掲載(57施設)。
3月21日	・「生活機能対応専門職チーム」にこれまでのリハビリテーション医学会の活動内容・経過を報告。 ・各地域における被災者受入れに関し、各地方会に情報収集、対応体制の検討を要請。専門医会に検診用のチェックリストの作成と指導・教育に活用可能なパンフレット等の収集を要請。 ・大震災が学会各種委員会、専門医会、地方会等の業務に与える影響を調査。 ・情報センターより情報発信。
3月22日	・会員掲示板「支援要請/支援します」コーナーを開設(被災地現地の会員と全国の会員とのマッチング用)。 ・義肢装具学会に連携を要請。義肢協会・日本理学療法機器工業会の関連情報を収集。 ・情報センターより情報発信。
3月23日	・学会ホームページに「東北地方太平洋沖地震リハ支援関連情報」サイトを立ち上げ。 ・厚生労働省保険局介護保健課と情報交換。 ・「生活機能対応専門職チーム」による現地活動への第一次派遣者を決定。 ・東京都および埼玉県における被災者受入れ状況について情報収集。 ・日本医療社会事業協会災害対策本部と情報交換。 ・リハ患者受入れ病院リストを会員ページに掲載(91施設)。 ・情報センターより情報発信。
3月24日	・これまでの学会としての活動の経過報告を学会ホームページに掲載、会員にメルマガで配信。 ・「被災地現場で奮闘するリハ医・リハスタッフへ専門医会からのメッセージ」を発信。 ・「被災者検診チェックリスト」を専門医会より発信。

リハ医学会 ホームページ

「東日本大震災リハ支援関連情報」について

ー活用および御支援のお願いー

3月11日に発生しました東日本大震災に際して、日本リハビリテーション医学会ではホームページに「東日本大震災リハ支援関連情報」サイト (<http://www.jarm.or.jp/ic/>) を立ち上げました。被災地へは現状への支援だけでなく、今後の長い期間にわたって支援していくことが大切です。サイトには、リハ支援に関連するさまざまな情報を掲載しています。被災された方々あるいは被災地で活動されている方々に是非活用していただければと考えています。また、今後も引き続き被災地への多くの方々の御支援をお願い致します。是非、ご協力ください。



- ・このページの意図
- ・震災関連情報センターからの情報
- ・被災地からのレポート
- ・支援要請/支援します
- ・全会員掲示板（会員専用ページ）
- ・非被災地からの情報（日本リハ医学会地方会などからの情報）
- ・全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会からの情報
- ・日本リハビリテーション医学会からのお知らせ
- ・Twitter、ブログでの情報
- ・その他の情報

特集：再生医療

我々リハビリテーション科医はこれにどう関わるべきか

日本リハビリテーション医学会 広報委員会 佐々木 信幸

我々は今、医学における重大な局面を迎えようとしている。医学の進歩はなだらかな坂道ではなく、今までもレントゲンやペニシリン、内視鏡などの発見・発明によって大きな変革を経てきた。現在直面している「再生医療」も、医学における常識を大きく転換するエポックメイキングな変革である。この再生医療分野において我が国は様々な成果を報告している先進国であり、今回ご寄稿いただいた田口明彦先生、大串始先生はそれぞれ脳神経再生、骨再生研究における第一人者である。まずはこの両先生方に貴重なご寄稿を頂けたことにこの紙面を借りて心より御礼申し上げたい。

一昔前には脳神経は損傷されると実質的な改善は得られないというのが常識的見解であった。しかし機能的磁気共鳴画像 (fMRI) や経頭蓋磁気刺激 (TMS) などの検査機器の発達により現在は過去に信じられていたよりもずっと plastic な構造物であることがわかっており、臨床上也 Constraint-

induced movement therapy (CIMT) や反復性 TMS (rTMS) に代表されるニューロリハビリテーション (以下、リハ) の発展により従来の“Plateau”という概念は変わってきている。そしていよいよ真打ちとも呼べるこの脳神経再生医療の登場は、我々のこれまで蓄積してきた知見を大幅に書き換える技術になるであろう。ただし少なくとも現段階では、たとえ脳神経が再生されてもそれを使えるようになるためには Hebbian-like plasticity の観点からリハは不可欠である。再生される神経に対し、あるいは先行する脳血管再生に対してどのような訓練が正しく効率的なのかが、今後我々リハ科医が直面する問題点であると考え

る。骨関節疾患は脳卒中とともに太古よりリハ医学の中核を成す分野だが、その方法論自体は長期にわたり大きく変わらなかった。主となるのは狭義の整形外科分野における固定方法・材料の進化であり、リハは使用するハードを除いては経時的計画や安全性に関する minor

change が中心であったと言えよう。ある意味完成された方法論であり個体間 bias が小さいからこそ骨折に関する臨床パスも早期から発展した。この骨再生医療も我々リハ科医にとっては従来の minor change の一部かもしれない。しかしこの骨再生医療の進化により、今後我々が関わる患者は無機物・自家骨・自家骨軟骨細胞・幹細胞由来細胞などによる様々な複合的固定により一様ではなくなり、その多岐に渡る固定方法・材料割合で個体間 bias も大きくなることも予想される。我々はまずその知識をもち、多様な固定法に対する適した手法を再度構築し直す必要が出てくるだろう。

知識や技術は多くの支流が結合し大きな本流になり、またいくつもの支流に分化していく川のようなものである。今まさに再生医療という本流が完成されつつあり、我々リハ科医は今後の支流を育てていくためにもこれに積極的に参画していく必要があると考える。

特集
1

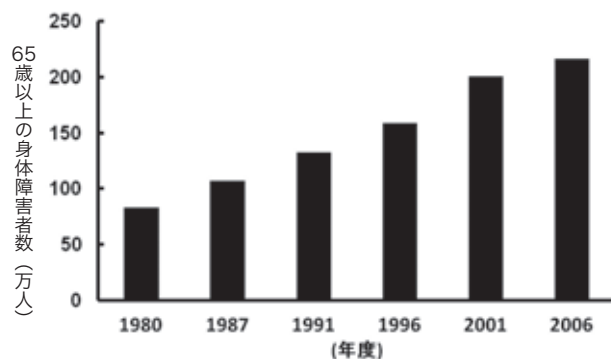
脳卒中患者に対する再生医療

国立循環器病研究センター再生医療部 (脳神経内科) 田口 明彦

1. 背景

現在わが国においては、急速な高齢化社会を迎えており、それに伴う高齢身体障害者の増加は極めて深刻な社会問題である。2008年度厚生労働白書によると、65歳以上の身体障害者は216万人と依然上昇傾向にあり (図1)、寝たきり者の約1/3が脳血管障害患者であることが知られている (図2)。過去20年間に、脳梗塞後の神経細胞保護をターゲットに、多くの薬剤の臨床試験が行われてきたが、そのほとんどは無効、あるいは有害であった。我々は障害された神経細胞の保護・再生には血管再生が必要不可欠であることを世界に先駆けて明らかにする

図1 高齢身体障害者数の推移：平成20(2008)年度厚生労働白書より引用



とともに¹⁾、血管再生医療的手法を用いた治療法開発・臨床試験を進めており、本稿では国立循環器病研究センターで進めている自己骨髄幹細胞を用いた臨床試験について概説する。

2. 脳卒中患者に対する自己骨髄単核球移植

自己骨髄単核球を用いた血管再生療法は、四肢虚血性疾患や虚血性心疾患では既にその有効性が報告されており、全く新しい機序に基づく治療法として注目されている。我々は、脳梗塞動物モデルにおいて脳梗塞後の骨髄単核球移植が、血管再生を介して内因性神経幹細胞誘導の促進および神経機能回復をもたらすこと、また脳梗塞患者においても脳梗塞動物と同様に脳梗塞亜急性期には神経幹細胞が誘導されることを示してきた。これらの基礎的および臨床的な知見を基に脳梗塞患者に対する再生医療に関するプロトコルを作成し、厚生労働省「ヒト幹細胞を用いる臨床研究に関する指針」による認可を受けた後、2009年度より臨床試験を開始している。臨床試験のプロトコルの概略を図3に示す。本臨床試験では重症の心原性脳塞栓症症例で、かつ脳梗塞後1週間後においても神経機能回復が十分でない患者群を対象としている。臨床試験の概略は、①脳梗塞発症7～10日目に骨髄細胞の採取、②比重遠心法を用いて単核球分画の分離、③静脈内に10分間で全量投与、という、非常にシンプルな手技で構成されており、本臨床試験において、ある程度以上の有効性を示すことができれば、多くの病院・施設でも実施可能であると考えている。

2011年2月現在、低用量群6症例での細胞治療が終了しているが、細胞治療後にNational Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) が悪化した症例はなく、6例中5症例では順調な機能回復が観察されている。また、ポジトロン断層撮影法 (PET) 等による脳循環動態の解析においても、脳梗塞周囲あるいは対側大脳半球において、細胞治療後に明らかに脳循環代謝が改善した症例が存在している。統計学的な治療効果の検討に関しては、全12症例終了時に外部の臨床統計家により解析を進めていく予定である。

3. 結語

神経幹細胞移植による脳梗塞患者に対する治療法は、米国ピッツバーグ大学における腫瘍由来神経様幹細胞移植や米国ハーバード大学における胎児ブタ由来神経幹細胞移植の失敗以来、しばらく途絶えていたが、2010年より英国でReNeuron社が不死化した神経様幹細胞移植に関する臨床試験を開始し、また脊損患者に対してはES細胞 (多能性胚性幹細胞) 由来神経様幹細胞移植がアメリカで開始されている。我々は神経幹細胞移植時においても血管再生が非常に重要であることを明らかにしており²⁾、さらに効果的な治療法の確立を目標に、今後も脳血管の再生を起点とした治療法開発に取り組んでいきたいと考えている。

参考文献

- 1) Taguchi A, et al: Administration of CD34+ cells after stroke enhances neurogenesis via angiogenesis in a mouse model. J Clin Invest 2004; **114**: 330-338
- 2) Nakagomi N, et al: Endothelial cells support survival, proliferation, and neuronal differentiation of transplanted adult ischemia-induced neural stem/progenitor cells after cerebral infarction. Stem Cells 2009; **27**: 2185-2195

図2 寝たきり者の原因疾患：
平成 19 (2007) 年度国民生活基礎調査より引用・改変

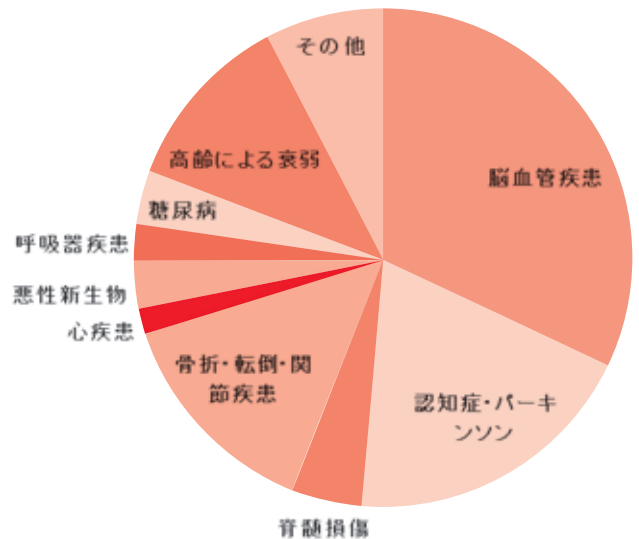
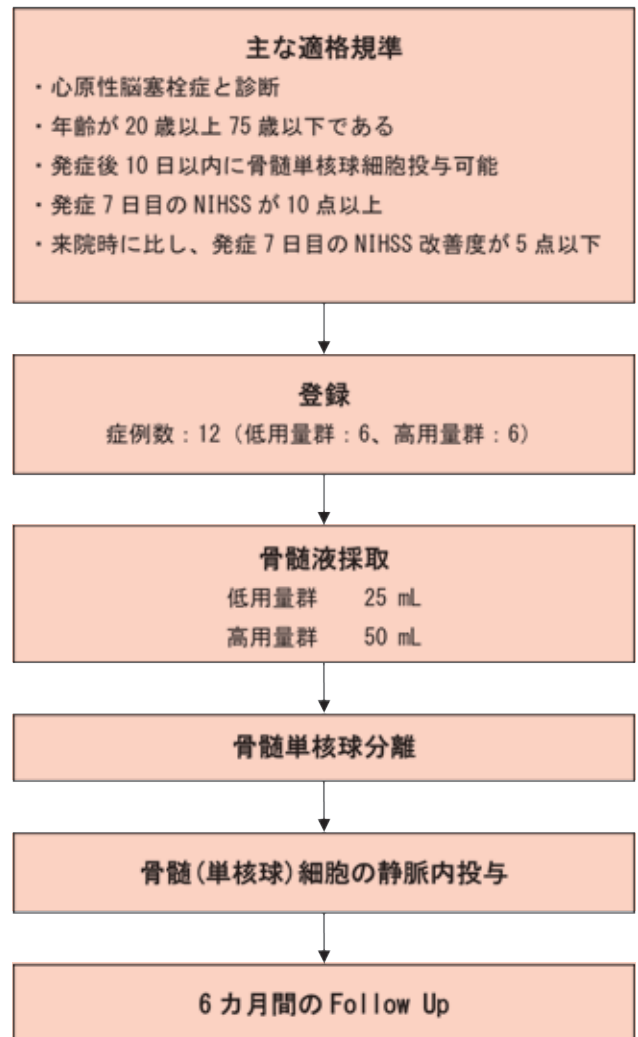


図3 臨床試験のプロトコルの概略



1. はじめに

リハの目標の一つとして、種々組織や臓器の障害を受けた患者の早期の社会復帰を目指すことが挙げられる。例えば、下肢の骨折や関節障害の患者であれば、歩行訓練から筋力増強等のリハを積極的に行い、ベッド上での安静期間を短くし、早期の歩行を可能にすることが必要である。この場合、より効率的な社会復帰を目指すには、リハを開始する前に損傷を受けた組織・臓器の治療を積極的に促進するような治療が望まれる。この点において、再生医療は細胞を用いて損傷を受けた種々組織・臓器の再生を目的とする医療であり、リハとの組み合わせにより患者の早期社会復帰を可能にできる。本稿では骨・関節疾患の再生医療の現況と将来展望につき我々の経験をもとにして概説する。

2. 骨・関節再生に用いられる細胞の種類

種々の細胞が骨・関節の再生目的に用いられるが、もっとも古くより臨床応用されているのは正常軟骨組織から一部の組織を採取し、その組織から軟骨細胞を増殖培養した後、欠損軟骨部へ移植する方法である（図1、左列）。また、未分化な細胞で増殖能（自己複製能）に優れ、種々組織へ分化し得る細胞、すなわち幹細胞（stem cell）を用いての軟骨や骨再生も可能である。

我々の体の組織にも幹細胞が存在し、よく知られているのは骨髄に存在する間葉系幹細胞である。この細胞は自己増殖能を有し、骨や軟骨の組織へ分化するのみならず肝細胞、神経細胞、心筋細胞、血管内皮細胞等へ分化し得ることが報告されている。以上のことは骨髄には増殖・分化能に優れた種々の細胞が含まれていることを意味し、再生医療にとって骨髄は有望な細胞ソースである。

また、最近骨髄のみならず脂肪、滑膜等の種々組織にもこの間葉系幹細胞の存在が知られるようになり、間葉系幹細胞を利用でき得る疾患がますます増えつつある。我々は患者骨髄から間葉系幹細胞を増殖して骨・関節の再生医療に用いている。以下に我々のアプローチを紹介する。

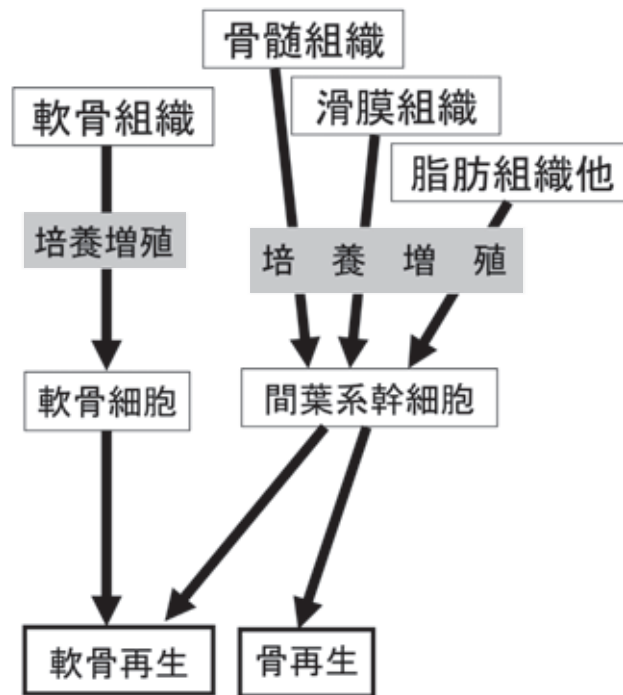
3. 間葉系細胞を用いた骨・関節再生の実際

患者腸骨より骨髓針により骨髓を数ml採取しフラスコに播種する。1週間に3回培地交換する間に、浮遊している赤血球は取り除かれ、10日前後で接着細胞はフラスコの底面を被うように増殖する。この細胞群が間葉系幹細胞である。

フラスコに付着増殖したこれらの細胞を蛋白分解酵素でフラスコよりはがして回収する。回収した細胞そのものの移植では生体内で生着する可能性が少なく、細胞を保持する担体を同時に用いることが多い。

例えば、コラーゲンゲルに細胞を播種して軟骨再生に用いられる¹⁾。骨再生に対しては、種々セラミックスに細胞を播種して欠損部へ移植される。整形外科でよく行われる人工関節の問題点として、移植された人工関節と既存の骨との間に

図1 骨・軟骨再生に使用される細胞
軟骨再生には正常の軟骨組織に存在する軟骨細胞を増殖して用いられる。また、間葉系幹細胞は種々の組織・臓器構成細胞へ分化し、この幹細胞を用いての軟骨のみならず骨再生も可能である。



緩み（loosening）が生じ、リハによる早期の荷重が困難である症例も見受けられる。この問題点も骨再生技術を用いることで解決し得ることを我々は報告している（図2）²⁾。

4. 骨・関節再生の動向

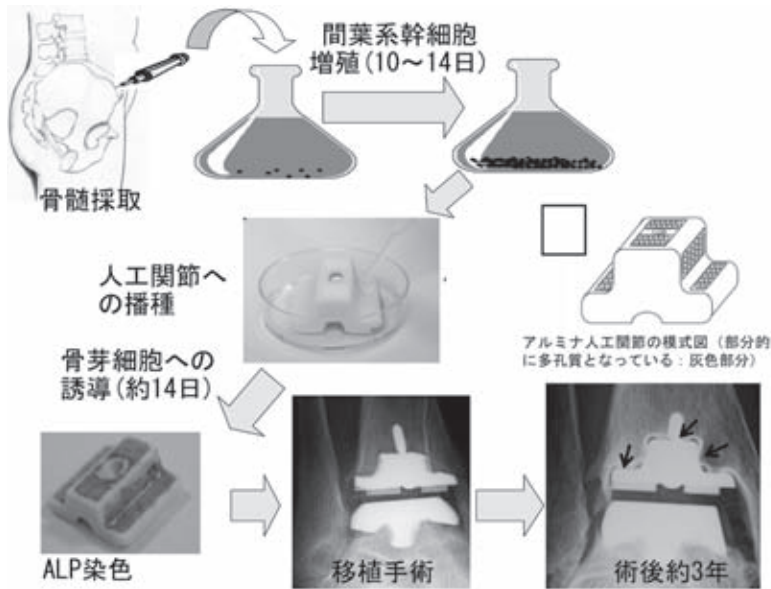
以上述べたように、種々の細胞が骨・関節の再生に用いられる。現在もっとも用いられているのは培養軟骨細胞を用いた関節軟骨再生である。間葉系幹細胞を用いた軟骨再生は脇谷らの先駆的な業績があり³⁾、間葉系細胞から骨芽細胞へ分化した細胞を用いる骨再生は我々が開発し、世界に先駆けて臨床応用を行った²⁾。現在、骨・関節の再生医療、特に軟骨再生は各国で行われるようになり、具体的な再生医療製品として販売もされつつある。我が国の各研究機関ではこの分野においてトップレベルの研究を行っているが、残念ながら商品化された製品は存在せず、皮膚再生製品を出している株式会社ジャパン・ティッシュ・エンジニアリングが広島大学整形外科越智光夫教授の技術³⁾を受け継ぎ、軟骨再生製品として製造販売承認申請している段階である。

5. 骨・関節再生の将来展望

上記に述べた再生治療は患者自身の細胞（自家細胞）を用いた治療である。自家でなく他人の細胞（同種細胞）を用いての再生医療も考えられるが、移植免疫により拒絶されるこ

図2 骨再生治療（人工関節例）

患者骨髓より間葉系幹細胞を増殖し、アルミナセラミック人工関節に播種し、さらに骨形成能力のある骨芽細胞にまで誘導する（ALP陽性の骨芽細胞が確認できる）。セラミック表面には多数の穴がある構造で、この中で培養により骨芽細胞への誘導が生じ、移植後は患者自身の既存の骨と癒合して（矢印部分）人工関節の緩みの問題を解決し得る。奈良県立医大整形外科（高倉義典名誉教授）の症例であり、詳細は文献2を参照。



参考文献

- 1) Wakitani S, et al: Safety of autologous bone marrow-derived mesenchymal stem cell transplantation for cartilage repair in 41 patients with 45 joints followed for up to 11 years and 5 months. J Tissue Eng Regen Med 2011; 5: 146-150
- 2) Ohgushi H, et al: Tissue engineered ceramic artificial joint--ex vivo osteogenic differentiation of patient mesenchymal cells on total ankle joints for treatment of osteoarthritis. Biomaterials 2005; 26: 4654-4661
- 3) Ochi M, et al: Current concepts in tissue engineering technique for repair of cartilage defect. Artif Organs 2001; 25: 172-179
- 4) Katsube Y, et al: Restoration of cellular function of mesenchymal stem cells from a hypophosphatasia patient. Gene Ther 2010; 17: 494-502
- 5) Oda Y, et al: Induction of pluripotent stem cells from human third molar mesenchymal stromal cells. J Biol Chem 2010; 285: 29270-29278

とが懸念される。その点、自家細胞を用いての治療は移植免疫が生じることがなく、また感染等の危険性の少ない再生医療である。しかし、患者自身の遺伝子の変異等による疾患には、当然ながら自己の細胞を用いることができない。例えば、骨形成にはアルカリフォスファターゼ（ALP）という酵素を必要とするが、このALP酵素遺伝子に変異がある病気では骨形成が不十分となり、重傷では早期に死亡する症例もある。このような遺伝子に異常がある疾患においては、患者の間葉系幹細胞に正常遺伝子を導入して再生医療を行う技術も我々は開発しつつある⁴⁾。近い将来、種々遺伝子疾患に対しても、遺伝子導入された細胞移植により再生医療が可能になることが期待できる。

間葉系幹細胞は幹細胞であるが、幹細胞として最もよく知られている受精卵由来の胚性幹細胞（ES細胞）に比し、細胞増殖能と多分化能には限度があり、症例によっては十分な細胞数が得られず、分化能も不十分な場合がある。この点においてES細胞はほぼ無限に増殖能する優れた細胞であるが、受精卵由来という倫理的問題を有する。これに比し、京都大学の山中伸弥教授により、通常の体細胞に4つの遺伝子「Oct3/4、Sox2、Klf4、c-Myc」を導入することで、ES細胞に似た多能性幹細胞すなわちiPS細胞の作製に成功したとの報告がなされ、世界中を驚嘆させた。このiPS細胞は遺伝子を導入する設備と細胞を培養する施設であれば作製可能であり、実際我々も数種のヒトiPS細胞を作製している⁵⁾。将来はこのiPS細胞を用いての重度疾患の骨・関節再生も行われると思われる。ただし、iPS細胞は（ES細胞も同様であるが）テラトーマという腫瘍を発生する性質を有し、その臨床応用には乗り越えるべき大きな壁がある。

INFORMATION

<中部・東海地方会だより>

中部・東海地方会では、第29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2011年8月27日（土）に予定しています。研修会は太田喜久夫先生（藤田保健衛生大学）に「高齢者の嚥下障害の特徴とその対応法」を、Moon Suk Bang 先生（Seoul National University College of Medicine）に「Clinical trial and experience of Botulinum toxin injection in Korea to control spasticity in CP」をご講演いただきます。ご参加のほど、よろしくお願ひします。

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 近藤 和泉）

<九州地方会だより>

第29回九州地方会学術集会は、武居幹事（諏訪の杜病院院長）の担当で、本年2月20日（日）別府市・ビーコンプラザで開催され、盛会裏に終了しました。午前には一般演題が21題、

午後からは生涯教育講演があり、武居会長のご尽力と興味あふれる演題、生涯教育講演の相乗効果により多数の参加があり内容の濃い学術集会となりました。

次回、第30回学術集会は、服部幹事（長尾病院理事長）の担当で、本年9月4日（日）、福岡市・九州大学医学部百年講堂にて、一般演題の発表と午後から3題の生涯教育研修会を予定しております。多くの会員の皆様の一般演題のご応募（締切：7月4日）、ご参加をお願い申し上げます。また第31回は、大隈幹事（熊本託麻台病院リハ部部長）の担当で、2012年2月19日（日）、くまもと森都心プラザ（熊本市）で開催の予定です。

幹事会・総会報告（本年2月20日開催）：地方会役員（幹事・監事等）の改選が行われ、新幹事として柳園賜一郎幹事（宮崎県立こども療育センター所長）と安里隆幹事（沖縄県立南部医療センターこども医療センターリハ科部長）が選出され、今村義典幹事の顧問就任が承認されました。また、2011年度の地方会事業計画案・予算案が承認されました。

以上、詳細は九州地方会ホームページ<http://kyureha.umin.ne.jp/>を随時更新いたしますのでご覧ください。

（事務局担当幹事 下堂 蘭 恵）

＜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7つのガイドライン策定委員会が活動を行っています。以下に最近の動向をまとめました。いずれの委員会とも、診療ガイドラインの完成を目指して、熱意をもって鋭意取り組んでおります。今後の成果に是非ご期待ください。

(委員長 辻 哲也)

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 中馬 孝容)	「脳卒中治療ガイドライン2009 (協和企画)」を販売中。ガイドラインを本学会会員ホームページ上に掲載、パブリックコメントを募集した。寄せられた意見は、次回の改訂版に反映させる予定。英文化作業も進行中。
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)	「脳性麻痺リハビリテーションガイドライン (医学書院)」販売中。第2版の作成に向けて、関連学会・施設にアンケートを送付し、多くの提案を得た。リサーチクエスト78項目 (うち新項目34項目) が確定し、文献検索の作業を開始した。
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 上月 正博)	第2版作成に向け、近々、活動を再開する予定。
リハビリテーション連携パス策定委員会 (委員長 辻 哲也)	「脳卒中地域連携パスに関する指針」の最終案が完成、評議員対象にパブリックコメントを求め承認が得られたため、本学会ホームページ上に公開 (2010年6月)、ダイジェスト版が学会誌 (2010年7月号) に掲載された。
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)	脊髄損傷と脳卒中の体力評価に関するガイドラインの作成に向けて、リサーチクエストが決定し、文献検索の作業中。今後は、構造化抄録の作成を実施予定。
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)	ガイドライン作成に向けて、関連学会・施設にアンケートを送付し多くの提案を得た。リサーチクエストの絞り込みとともに、文献検索作業を継続中。
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)	厚生労働科学研究補助金 (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」として実施中。ガイドラインの作成に向けて、リサーチクエストが決定、文献検索ともに本文の執筆作業中。もう一つのミッションである、がんのリハに関するグランドデザインは、関連学協会から推薦された外部委員とともにワーキンググループで検討中。

*臨床研究・調査のためのガイドライン策定委員会は2010年9月に解散。データマネジメント特別委員会に発展的に引き継がれた。

第48回 日本リハビリテーション医学会 学術集会

▷ 延期決定 ◁

第48回日本リハ医学会学術集会の準備のさなか、3月11日に東北地方から関東地方にかけて大規模な地震と津波が起こった。被災地の皆様と犠牲となった方々からのお見舞いを申し上げ、ご冥福をお祈りいたします。

勤務地である国立障害者リハビリテーションセンターは埼玉県所沢市にある。地震による揺れは長かったが、私が東北大学にいたときに経験した揺れに比べればさほどではなかった。被害はほとんどなかったが、首都圏の交通が止まり、帰宅困難者となった。その後通勤の足である西武線の運行は不安定で、出勤できても帰れないかもしれない状態が続き、車のない私は自転車を買って、地図を片手に遠路はるばる自転車通勤をした。

外来では避難してきた方が訪れたり、渋滞によって座りっぱなしとなり、褥瘡を作ってしまった頸髄損傷者など、遠隔とはいえ、診療にも影響が及んである。また停電対策、被災者の受け入れ体制整備、要請のあったときに備えて医師派遣の準備等、赤居正美病院院長共々対応に

追われている中、学会の準備を進めてきた。センターには現在3人の頸髄損傷者、2人の視覚障害者、1組のご家族が、避難してきている。

5月にかけての学会のいくつかは既に中止、またはweb開催となっている。本大会もまた、秋に延期されることが決定した。演題を申し込まれた先生方を始めとする会員の皆様の期待に応えるべく、最大限の努力をしてきたが、今後は秋の開催に向けて幹事として準備を進めていきたい。また、プログラムを組み直し、この間の学会員の取り組みやその総括を反映した大会にしたいと会長共々考えている。

個人的には、仙台に6年間いたこともあり、東北全体に、思い出の地があり、多くの友人がいる。とある家族ぐるみのおつきあいをしている友人と電話が通じたときには思わず涙ぐんでしまった。一日も早く復興をというには時期尚早で、はばかりられるような甚大な被害であるが、それでもその日が早く訪れるよう願わずにはられない。
(2011年4月1日 幹事 飛松 好子)

＜編集委員会＞

学会誌 Jpn J Rehabil Med では、その投稿規定に倫理規定を定めています。近年、リハの分野でも、特定の障害の発生頻度を調べるような疫学研究、通常の診療行為の結果を分析する観察研究のほかに、介入研究が行われるようになってきています。新しい治療法・リハの方法を用いるもの、従来の医療行為であっても複数の群に分けてその効果を群間で比較するような研究は、介入研究と呼ばれます。また、人を対象とする介入研究は臨床研究と呼ばれ、倫理指針の対象になっています。

リハ医療の進歩のためには、臨床研究は重要な手段になりますが、ヘルシンキ宣言に示されるように、被験者の尊厳や人権を守ることが大前提になっています。編集委員会は投稿論文について、その仕事が倫理規定に則っているかどうかを判断しています。実際の臨床研究には多様な形態があります。学会員の皆様には、是非、その研究がどのような種類の研究であって、倫理審査を受ける必要があるのか、被験者のインフォームドコンセントを受ける必要があるのかなど、予め十分に検討しておくようお願い申し上げます。厚生労働省の臨床研究に関する倫理指針は、下記のHPに掲載されていますので参考にしてください。<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/rinsyo/dl/shishin.pdf> (委員長 長岡 正範)

＜データマネジメント特別委員会＞

データマネジメントシステムの概要と課題

データマネジメントシステム (DMS) とは、リハ患者の症例登録データベースを中核とするデータ蓄積と活用のためのシステムである。A) データ入力と提出、B) データ結合とクリーニング、C) 参加施設へのフィードバック、D) 結合データを活用した分析などからなる。開発のねらいは、1) 多施設共同による質の高いエビデンスづくり、2) リハ医療の実態把握、3) 診療報酬改定への要望の基礎資料づくりなどに役立つ基盤整備である。厚生労働省から老人保健事業推進費等補助金を得て「リハビリテーションの提供に係る総合的な調査研究事業」として開発を進めてきた。公募に応じた52施設が参加して、リハ患者データベースを開発した。基本情報、リハ環境、ADL 評価、合併症/既往症、退院時情報など12領域の計41～66項目からなり、2011年2月10日現在、脳卒中直接入院 (急性期) 患者データは23施設4,672人分、脳卒中転入院 (回復期) 患者データは27施設2,110人分、大腿骨頸部骨折患者データは21施設1,060人分が登録されている。

分析課題を公募し得られたエビデンスなどの成果や見えてきた課題については学術集会シンポジウムなどで報告予定である。乗り越えるべき課題は多いが、DMSによって多施設共同研究の基盤は形成されつつある。多くの会員のご参加とご協力をお願いします。(委員長 近藤 克則)

＜障害保健福祉委員会＞

障害者自立支援法等改正整備に係る法律が成立

内閣総理大臣を本部長として各大臣が参加する障がい者制度改革推進本部のもとに、障がい者制度改革推進会議が開催されています。構成員の半数以上 (24名のうち14名) は、障害当事者です。改革の基本的方向と今後の進め方は、①障害者基本法を改正 (2011年度法案提出を目指す)、②障害者差別禁止法を制定する (2013年度法案提出を目指す)、③自立支援法を廃止し障害者総合福祉法 (仮称) を制定する (2012年度法案提出、2013年8月までの施行を目指す) です。こうした動きの中で障害者自立支援法等障害福祉施策を見直すまでの間に関係法等を整備する法律が昨年12月に成立しました。第一に利用者負担の見直しでは、「応能負担を原則とする」ことを明記されました。第二に障害者の範囲及び障害程度区分の見直しでは、支援の対象に「発達障害が追加」されました。第三に「障害児支援の強化」です。「放課後等デイサービス」が制度化されます。これらのほかにも、相談支援体制を強化や地域での自立生活を支援する施策が充実します。項目ごとに異なりますが、2012年4月1日までに施行されます。

当委員会では委員長の榎本 修、委員の古澤一成、松坂誠應先生が昨年度末に交代となりました。長い間のご活躍どうもお疲れ様でした。4月から新委員3名を迎え、障害福祉、障害者スポーツ、地域リハの各分野で今年度も活動して参りますのでよろしくお願いたします。(委員長 篠原 裕治)

のぞいてみよう

リハ科医のための 障害者支援 Q&A ハンドブック

障害保健福祉委員会では、「リハ科医のための障害者支援 Q&A ハンドブック」を作成し、昨年度末に学会ホームページの会員専用ページからダウンロードできるように掲載したところです。もうご覧になっていた会員の先生方も多数いるかと思います。

リハ科医にとって障害者支援の機会は避けては通れない分野ですが、法律や制度の知識となると自信がない先生が多いのではないのでしょうか。このハンドブックでは、リハ科医にとって知っておいた方が役に立つ、知っておくことが必要と思われる障害福祉に関する基礎知識、日常診療でよくある疑問点や知りたい内容を Q & A 方式で簡潔に解説しています。例えば「廃用症候群で肢体不自由の手帳が取得できますか?」「介護保険レンタルと自立支援法補装具の関係を教えてください?」など、連携・相談窓口、障害者手帳、補装具、支援機関・施設、年金・手当、障害者スポーツ、地域リハビリテーション、就労支援などにつき17分野、75問の Q & A で構成されています。学会ホームページの会員用 web システムページの左下のダウンロードボタンから閲覧できます。目次の読みたい Q をクリックすると A が開きます。知りたいページあるいは全部をダウンロードして日常診療に是非とも活用いただけたらと思います。まだ、学会のホームページにログインしていない会員の先生もこの機会に是非とものぞいてみてください。

(障害保健福祉委員会)

英和辞典のリハビリテーション (rehabilitation) の項には復権、復興、回復、再生などの一般的な訳語の他に、それが社会復帰のための身体的、精神的な機能の回復とかその訓練を意味すると書かれています。また後遺症をもつ人のための社会復帰療法と説明している本もあります。これらを出発点にしてリハを専門とされている先生方に、私の経験から生まれたお願いをさせていただきます。今まで私はリハと正面から向き合ったことがありませんので、お願いが的外れでないことを祈っております。

私の糖尿病が見つかったから約35年になります。1年間の海外出張から戻って田舎の山で杉の世話をしていたところ、何かが目に入ったのか痛くなってしまい、帰阪して眼科を受診しました。するとこの目は眼科より先に糖尿病専門のところで見てもらいなさいと言われました。びっくりして和歌山医大の第一内科へ参りました。糖尿病を宣告されて、直ちに入院となりました。眼科では糖尿病性の網膜症が既に中程度まで悪くなっていることを知らされました。合併症の網膜症が糖尿病そのものよりも先に見つかったというわけですが、この2つの出来事は私にとっては実に大きな衝撃で、奈落の底に突き落とされた想いが致しました。今にして思えば、出張中の生活の中で、その症状らしきものを感じていたようですが、当時は糖尿病や網膜症について全く無知、無防備であったわけです。血糖値は降下剤によってコントロールすることになり、網膜症については入院中に光凝固の最初の手術を受けました。

治療が始まって間もなく体全体がねじれて呻いているような感じがしてきました。次第に足の裏が熱くなって、それが痛みに変わり、さらに強くなりながら胸の周りにまで上がってきました。さまざまな鎮痛剤もほとんど効かず、乗り物に乗ることも夜眠ることもできません。この状態を御覧になっていた主治医の先生が血糖降下剤の代わりにNのインスリンを1日4単位使うという方針に変えてくださいました。痛みはおよそ10週間で、嘘のように消えました。体が少ない栄養の状態に慣れてきたのかなという感じがしました。

血糖値が低くかつ安定するようになっ

て、約5年後にインスリンの注射は必要なくなり、この状態が約7、8年続きました。しかし血糖値は次第に高くなって、またインスリンの注射が必要になり、その量は次第に多くなって行きました。最も多かった時期には、30Rとランタス合わせて1日42単位、またHbA_{1c}は7.0から7.5位で、この頃は体重が増加し83キロを超していました。これでは困るのでまずは半年で10キロ余り減らしました。最近の2年ばかりのHbA_{1c}は5.8から6.5の間にあります。もっとも食後の血糖値が200を超えることがあり、安定していないのです。今インスリンの量は1日に30Rが26単位、ランタスが6単位です。

血圧も高くなり、降圧剤を2種類使っても140台の時期が長く続きました。現在は大体120から130台前半ですが、緊張すると140、150にまで跳ね上がります。動脈硬化の程度を7、8年前から検査してもらっていますが、そのコメントはいつも、動脈の詰りの程度は正常範囲だが、その硬さの程度は90歳以上というものです。頸動脈のエコー検査でも血管壁に何かと付着していて、動脈硬化はしっかりと進んでいます。

最初に見つかった網膜症はその後も2、3年の間に数回光凝固の手術を受け、いまも定期的を受診しています。眼底の状態は安定しているようですが、手術後僅かに好転した視力も次第に落ち、特に白内障が進んでいた頃には0.5位になっていました。その手術を受けて、視力は運転免許が更新できるほどには回復しましたが、動体視力や暗視の能力は低落したままです。最初に経験した神経症の痛みは消えましたが、神経症そのものは続いています。刺激に対する皮膚の感覚は鈍く、反応も遅れますし、平衡感覚も衰えています。こむら返りもよく起こりますし、便秘は習慣的になっています。他方運動療法らしいものは、近所のゆるい坂道を歩くことだけで、1日約8,000歩です。雨の日は家の階段を上り下りするとか、それを使って手足や腰を伸ばしたり、曲げたりしています。

私の糖尿病の歴史は以上のようなものです。糖尿病は全身にさまざまな障害を引き起こし、それらは生涯にわたって、態様を変えながら続いて行きます。イン

スリンの作用不足から高血糖状態になった血液を血管が全身に運び続けると、血管のすべてと神経のシステムに障害が生じ、さらに血液が運び込まれる臓器や組織にも障害が生じるのでありますから、まさに糖尿病は全身の病気であります。

リハによって糖尿病患者の機能回復を図ろうとするときには、このことの認識が基本になければならないと考えます。一部の障害でもそれが除去あるいは緩和されるとか、一部の機能でも回復されることは、それら自体が望ましいことであるのはもちろんですが、それぞれの器官、臓器、および組織は相互に結びついていて互いに影響しあっているのですから、ある障害の除去や緩和、ある機能の回復が他の障害の緩和とか機能の回復に繋がることを期待できると考えられます。

このように考えて、私は、リハが糖尿病の診断、治療、療養、機能回復のサイクルに主体的に参加し、それをより効果的に働かせる役割を果たすことを期待しています。日本リハ医学会のホームページで腎機能障害や高血圧にリハが有効である旨の記載を拝見し、事態が私の期待と同じ方向に進んでいることを知りました。そしてこのサイクルの中では情報は糖尿病専門医から一方的に流れるのではなく、リハ科医を含むすべての関係者から発信されるのが望ましいと考えています。そして糖尿病予防にも、また早期の発見にもリハ科医が積極的に関与されることを願うものであります。

糖尿病患者の多くは多様な障害をもちながら社会で働いていて、病気の後に後遺症が残ったというのとも違いますから、社会復帰のためのリハという考え方は糖尿病に関しては不十分であると思います。残念ながら私には適切なシステムを具体的に描くことはできませんが、日本糖尿病協会では、最近、「糖尿病連携手帳」を作成し、配布を始めました。この冊子は、いつもは地域の診療所に通っている患者が適宜専門医のいる病院で診察を受けられるという地域連携システムをスムーズに動かすために工夫されたものであります。これには眼科や歯科の先生方も参加されています。リハ科の先生方も参加され、これを拡張、充実されてはいかがでしょうか。

リハビリテーション医学 基礎研究 SIG

担当幹事 池田 聡

専門医会では、リハ医学の各領域における臨床、研究、教育研修、交流などを促進するためspecial interest group (SIG) を設置し、各領域の発展に寄与すべく活動を開始しております。まず、先行的に小児SIGと基礎研究SIGが設置されました。

リハ医学領域の研究面において、臨床研究は盛んに行われるようになりましたが、基礎的な研究はごくわずかで立ち遅れている感が否めません。リハ医学と基礎研究は一見かけ離れているようですが、中枢神経損傷後の機能回復、筋力増強訓練による遺伝子発現、リハアプローチによる脳内での物質発現など臨床では実施しにくい研究をシンプルに行うことが可能です。リハ医学領域の基礎研究の重要性を認識し、推進していくことは今後のリハ医療に不可欠であると思われます。基礎研究SIGでは、今年の第47回日本リハ医学学会

術集会において基礎研究の活性化を図るべく「リハビリテーション領域の基礎研究と臨床応用」のシンポジウムを開催し、筋力増強の分子生物学的解析、骨関節領域の基礎研究、心血管疾患に対する電気刺激の基礎的研究とその応用、脳損傷モデルとその解析、排尿障害に関する基礎研究、今後の展望などについて議論を行いました。世話人には慈恵医科大学の安部先生ほか数名の先生にお願いし、今後の活動を行っていききたいと思います。

リハ科医による基礎研究は臨床応用の可能性が高く、今後一層重要となる分野であると思われます。今後、基礎研究を実践されている先生方、興味のある先生方に参加していただきこの領域の発展を目指したいと思います。参加ご希望の先生は学会事務局までご連絡ください。

小児リハ SIG について

担当幹事 近藤 和泉

小児リハSIGをご紹介します。SIG (special interest group) とは、ある特定のテーマやジャンルについて興味を持つ者どうしが集まって意見交換や情報提供が行うグループのことです。小児リハSIGはその名前の通り、小児のリハに興味を持つ者の集まりで、専門医会幹事会が企画した専門医分科会の一つです。2009年10月17日の専門医会総会でその設立が承認され、SIGの中で最も早くからその活動を開始しています。活動骨子の抜粋を表に示しました。現在、メンバーは73名で、信濃医療福祉センターの朝貝芳美先生に代表世話人をしていただいております。朝貝先生ほか常任世話人7名が中心となって会の活動を盛り上げているところです。現在の活動内容を以下にまとめました。

1) 小児リハデータベースの構築

初期データの340名分に対するRasch分析が完了し、現在ホームページ上でデータを入力してもらうためのソフトウェアの作成作業に入っています。使われているPEDIその他の評価尺度の使用法を含めた講習会を今年度に関き、トライアルを開始する予定です。このデータベースの特徴は、データを入力した直後に、そのお子さんの能力がデータベースに入っている集団の中で、どの位置にあるかが示され、次に獲得の目標となる(ショートゴールとなる)スキルおよび、その子どもさんの能力レベルであれば、当然できているはずなのに、まだ獲得されていないスキルなどの情報をフィードバックできることであり、これまでのデータベースとは一線を画すものです。今年度からデータの拡充を目指し、将来的には、リハ医学会のデータベースへ参入・統合させていただく予定としています。

2) 小児リハSIGにおける会員間の討議

日常診療で問題となった事例のweb上での討議を行うため、SIG会員なら誰でも見ることができる掲示板をリハ医学会のホームページに立ち上げさせていただきました。現在、常任世話人が中心となって書き込みを行い、これまで3例

(両麻痺に対するボトックス使用例、ダウン症児の嚥下障害、高次脳機能障害が遺残した頭部外傷児など)が呈示され、治療方法の選択や評価方法などに関しての意見交換が活発に行われています。

3) セミナー/ワークショップの開催

学術的な団体におけるSIGの重要な活動として、一般会員に対する教育プログラムを担うという役割があります。その一環として2011年の第48回学術集会の専門医会企画にて「小児リハの対象の変化—発達障害の増大に対して、どのように対応したら良いか—」と銘打ったパネルディスカッションを行わせていただくこととなっています。また2011年度の専門医会学術集会でもワークショップを開催させていただくことにもなっており、現在ファシリテーション・テクニクに対するハンズオンを行う予定としています。

このような活動を繰り返しているSIGですが、小児リハに少しでも興味がある会員の方の参加を心待ちにしています。参加希望の方は、担当幹事の近藤 (ik7710@ncgg.go.jp) まで、ご一報ください。

表 小児リハ設立骨子 (抜粋)

位置づけは日本リハビリテーション医学会専門医会の専門分科会の一つとする。
正式名称は小児リハビリテーションSIG (Special interest group) とし、小児リハSIG (シグ) と略称する。
設立目的は小児疾患に対するリハビリテーション医療の研究、評価法・治療法の開発、普及、振興である
当面の活動として小児疾患に対するリハビリテーション医療に関わるデータベースの形成と、日常診療で問題となった事例のweb上での討議などを行う。
本会の趣旨に賛同する日本リハビリテーション医学会会員であれば、誰でも参加できる。
コアメンバーとなる常任世話人を10名程度おく。

2010年度 海外研修助成 印象記

小川 真司 (日本医科大学千葉北総病院リハビリテーション科)

2010年10月13～16日に韓国ソウル市で世界脳卒中会議が開催されました。会議では、リハ医学関係の企画が多く催され、急性期と回復期だけでなく、慢性期の回復にも注目が集まっている印象でした。

“Teaching Course: Rehabilitation”では、Evidence Based Rehabilitation、脳卒中後のうつ、嚥下障害、ボツリヌス毒素製剤による痙縮治療に関する講義が行われました。

Evidence Based Rehabilitationの講義では、リサーチの結果と臨床経験の間でバランスを取りながら診療にあたるのが大切であるということを確認していました。

脳卒中後のうつについての講義では、脳卒中後のうつと診断したら“Pat on the back (背中を軽く撫でてあげる)”のような治療を心がけるよう提唱していました。

嚥下障害についての講義では、臨床所見だけでは不顕性誤嚥を判別することは難しいので画像検査を施行することを推奨していました。

ボツリヌス毒素製剤による痙縮治療についての講義では、急性期でも拘縮や変形が生じる可能性がある場合は治療を検討する必要がある、と説明していました。脳卒中中の痙縮治療に対するボツリヌス毒素製剤の使用が始まる日本のリハ科医にとっては関心のあるテーマでした。

“Long-term Stroke Recovery Must Be Managed”のセッションでは、リハを、“いつから始めて” “いつまで続けるか”



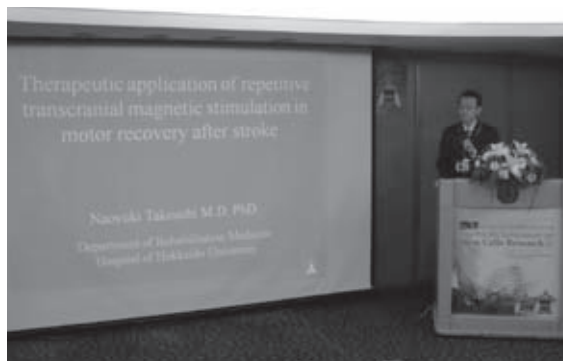
という議論が交わされていました。講演者からは日本に関して、1990年代の日本では発症2～3週間後にリハが開始されていたが、現在では発症と同時にリハが開始されていることが紹介されました。過去20年間の日本リハ医学会の先輩方の活動が、世界基準のリハを達成したのだということを痛感しました。

NIHのCohen先生の講義では、慢性期の介入の重要性を回復のメカニズムを提示しながら経頭蓋直流電気刺激などの話題も含めて解説していました。

会議に参加して、世界の脳卒中医療界の中の日本のリハについて考えを深めることができました。

竹内 直行 (北海道大学病院リハビリテーション科)

日本リハ医学会の2010年度海外研修助成制度を受け、The 3rd Pan Pacific Symposium on Stem Cells Research (2010年4月16日～19日、台中、台湾)にて研究成果を発表する機会をいただきました。“Therapeutic application of repetitive transcranial magnetic stimulation in motor recovery after stroke”と題し、反復経頭蓋磁気刺激(rTMS)によって脳卒中後の運動麻痺を改善する治療法の成果を発表しました。rTMSは大脳皮質を安全に刺激することが可能で、研究だけでなく、治療手段の一つとしてリハ分野において近年特に注目されています。健側運動野へ抑制作用を持つ低頻度rTMSを行うことによって、健側運動野から障害側運動野への脳梁抑制を低下させ、運動麻痺を改善する健側運動野rTMS法及び、障害側運動野へ興奮性作用を持つ高頻度rTMSを健側運動野rTMS法に追加し、同時に両側半球からrTMSを行う両側rTMS法によって、片側rTMS治療法よりも、大きな麻痺の改善をもたらした研究成果を発表しました。幸いにも多くの研究者の方に興味を持っていただき、有益な議論を交わすことができました。また、発表したNeuroscience部門で座長を務めるという貴重な経



験もさせていただき、新しい分野である再生医療の中でのリハの重要性について、多くの参加者に興味を持っていただくことができたのではないかと考えております。私自身も、大変興味のある再生医療分野における最先端の研究成果にふれることができ、今後の臨床や研究の課題に生かしていきたいと考えております。

最後になりましたが、このような貴重な機会を与えてくださった日本リハ医学会に重ねて感謝申し上げます。

小金丸 聡子 (兵庫医科大学リハビリテーション医学教室)

この度、日本リハ医学会より海外研修助成を受け、イタリアのタオルミナ（シチリア半島）にて開催された、「第1回神経可塑性に関する国際ワークショップ」に参加させていただきました。ヨーロッパを中心に、米国など各国の基礎・臨床の研究者約200名が参加しました。

ワークショップでは、脳・神経可塑性について数々の講演が行われました。例えば、基礎研究からは、アルツハイマー病に関して、動物実験では低濃度アミロイドβが長期増強（LTP）を増強し、記憶を強化するという発表や、多発性硬化症などの炎症性神経疾患に関して、炎症性サイトカインが神経伝達物質の濃度を変化させ、LTPを減弱させたり、長期抑圧（LTD）を強化する作用をもつなどの発表がありました。臨床研究からは、経頭蓋磁気刺激や経頭蓋直流電流刺激などの非侵襲的脳刺激を用いた可塑性誘導の発表が中心でした。その内容はヒト運動野・感覚野におけるメタ可塑性の実証や、運動野刺激による脳卒中などの運動障害への治療応用に加え、視覚系や聴覚野への刺激による半盲や暗点、耳鳴への治療応用などでした。米国国立衛生研究所（NIH）のCohen先生の講演では、脳卒中における脳刺激を用いたリハの有用性、そして今後の課題として、運動学習後の機能向上の長期保持や損傷側が優位・非優位半球による差異とそのアプローチ、また脳由来神経栄養因子（BDNF）といった遺伝要因による脳可塑性の個人差の克服などについて述べられました。脳刺激とリハ研究の今後の指針となるような講演でした。



私自身は当ワークショップにおいて、ヒト一次運動野の可塑性における情動の影響についてのポスター発表をさせていただきました。基本的に、興味深いとの意見が多かったのですが、評価が一次運動野に関する電気生理学的指標だけであったため、脳深部領域の活動評価や、運動学習自体の影響を見た方がよいといった意見も聞かれ、有意義な発表になりました。

最後になりましたが、エトナ山を背景に古代ローマ劇場や城壁といった歴史的情緒あふれるタオルミナの街、そして美しい砂浜と小島（イソラ・ベッラ）の風景は印象深いものでした。懇親パーティーでは主催者のカルタローネ先生（ローマ大学）が研究室の人々とアカベラを合唱され、イタリアらしさを感じさせました。

このワークショップに参加することで、様々な知見を得ることができ、大変有意義な研修となりました。このような機会を与えていただいたことをこの場を借りて深謝いたします。ありがとうございました。

水野 勝広 (慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室)

この度、日本リハ医学会より海外研修助成金をいただき、フランスのLyonにある国立衛生医学研究所（Institut national de la santé et de la recherche médicale）U864を訪問しました。1日目は、Yves Rossetti教授より、研究室の案内、メンバー紹介をしていただきました。2日目は、Lyonのリハビリテーション病院であるHôpital Henry Gabrielleを見学し、リハ科の回診にも参加しました。回診した病棟は、脳卒中や頭部外傷などの患者が多く、日本のいわゆる回復期リハ病棟よりはやや障害の重い患者や合併症のある患者が多い印象でしたが、基本的なりハの考え方は日本と大きな違いはありませんでした。退院にあたって社会的問題がネックになり、長期入院を余儀なくされる場合があることは、日本でもフランスでも共通であるようで、カンファレンスや勉強会でも、度々話題に上がっていました。リハ病院で取り組んでいるいくつかのプロジェクトについて、Rossetti教授やGilles Rode教授らから説明を受け、自分が被験者となり、機器のデモンストレーションもしていただきました。2日目の夕方には“Clinical impact of prism adaptation on stroke rehabilitation”という題名で、研究室のメンバーに対して、セミナーをさせていただきました。私が取り組んできた半側空間無視に対するプリズム適応療法のランダム化比較試験について紹介しました。3日目には、研究



所と同じ敷地内にある神経病院を見学し、Claude Prablanc博士より、奥行き方向のadaptationなど興味深い研究を紹介していただきました。夕方には、オーストラリアのNew South Wales大学のG. Lorimer Moseley博士より、“Bottom up or top down? Exploring the effect of bodily awareness on the tissues of the body.”という題名で慢性疼痛のリハに対する非常にユニークな研究についてのセミナーを聴講しました。

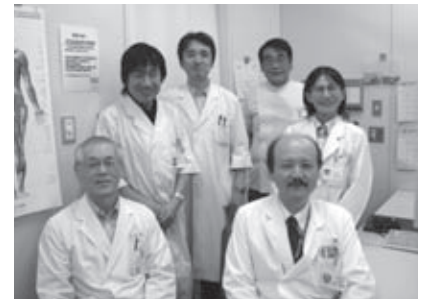
短い日程でしたが、臨床、研究両面で有意義な研修を受けられました。Yves Rossetti教授をはじめ、研究室、病院の先生方すべてに感謝いたします。

金沢医科大学は1972年6月に開学し、本州日本海側で唯一の私立医科大学として、私立ならではの機動力を発揮して変革、発展を続けています。金沢駅から車で20分の地にあり、日本海を臨んだ自然環境に恵まれ、朝な夕なに霊峰白山と立山などの北アルプスを仰ぎ見ることが出来る内灘町にあります。

1997年4月北陸唯一の大学病院リハ科と総合診療科が新設され、リハ科科长・リハセンター部長に山口昌夫教授が就任し、2009年4月から影近謙治教授に引き継がれました。現在常勤医2名、非常勤医4名がリハ診療を担当しています。うちリハ科専門医は4名で、2名が専門医試験準備中です。リハ科医は脳血管疾患等をはじめとして全疾患の対象疾患をみますが、運動器リハ、心大血管疾患リハおよび呼吸器リハについては、対象臓器機能障害に限りそれぞれ整形外科、循環器内科・胸部心臓血管外科、呼吸器内科・呼吸器外科の医師が指示し、治療を管理します。障害の原因が複数の疾患に及ぶ例や廃用症候群が加わった例のように、総合的アプローチが必要になった場合はリハ科に紹介するようになっていきます。急性期・早期リハ医療を鋭意推進し、計画的手術例では術前から対応し、緊急を要するものについては毎日外来を受け付けています。適応があれば2003年に院内に設置された回復期リハ病棟(40床)

に転棟させ、在宅に向けて集中的リハを展開しています。外来診療では嚥下外来、慢性筋疲労・慢性疼痛外来、装具外来、高次脳機能障害の専門外来があり、年間2,000件の新患のリハ処方を出しています。研究に関しては、各専門外来に関連する臨床研究を行っており、他施設とも活発に交流し、金沢工業大学、岐阜大学工学部、松本歯科大学、スウェーデンのカロリンスカ研究所、ウメオ大学、ハルビンの黒龍江省立病院と共同研究を行っています。また毎年海外から講師を招きリハ医療技術を高めるための国際交流セミナーを開催しています。

現在リハセンターには、理学療法士24名、作業療法士8名、言語聴覚士6名が所属し、大学病院としては多いスタッフ数です。それにより病棟とのコミュニケーションを一層充実させるべく、2010年からは回復期リハ病棟並みの病棟担当制を脳血管疾患病棟において開始しました。2011年からは呼吸リハなどの超急性期リハの365日対応を開始し、今後はスタッフの増員に応じて順次依頼の多い病棟に担当制を広めて行く計画です。またリハ科医や療法士各自のレベルアップのために、リハセンター職員だけでなく看護婦やコメディカルを交えた勉強会や講演会を頻回に開催し、地域全体のリハのレベルアップを目標にしています。



金沢医科大学医学部運動機能病態学(リハビリテーション科)

〒920-0296 石川県河北郡内灘町大学1-1
TEL 076-286-2211 FAX 076-286-2578
E-mail: kagetika@kanazawa-med.ac.jp
URL: http://www.kanazawa-med.ac.jp/

2012年に開学40周年を迎えますが、新しいリハセンターを作る計画がスタートしました。5年後には約1,300㎡の訓練室と新しい歩行・動作解析などの評価室ができる予定です。リハ科が独立して14年になりますが、地域との連携を重視する当院の臨床研修では、後期研修において金沢大学病院と恵寿総合病院との共同でそれぞれが特色あるリハを展開する3つの施設で研修が行えるようになっていきます。これからリハ医をめざす先生方にはぜひともわれわれとともに特色ある、患者中心のリハを研修していただけたと思います。(中田 実)

藤原 誠先生を偲んで

兵庫医科大学リハビリテーション部 道免 和久

寒さが厳しい2010年末の12月30日未明、藤原誠先生が享年73歳で急逝されました。

ご逝去の1か月ほど前に、兵庫医大にいられた頃は大変お元気そうでしたので、突然の訃報に信じられない思いでありました。



先生は1937年3月4日のお生まれで、1961年に現在の神戸大学医学部を卒業後、同整形外科、兵庫県立肢体不自由児施設のじぎく園、兵庫県立加古川病院整形外科、広島県立肢体不自由児施設若草園、神戸大学を経て、1971年に米国エモリー大学地域リハビリテーションリサーチ・トレーニングセンターに留学されました。CI療法で有名なエモリー大学のSteven L Wolf博士とはお知り合いであったと聞いています。帰国後、1976年に兵庫医科大学リハビリテーション部講師として着任、1978年に同助教授を経て、1991年に同リハビリテーション医学教室教授に就任されました。

1999年に藤原先生に初めてお会いしたとき、まるで牧師のような物静かな語り口が印象的でした。翌年から同じ職場で働かせていただくことになりましたが、朝のミーティングのたびに、例えば電車の中ででき事のような日常のエピソードから話を展開し、哲学的な真実につながるような3分

スピーチを何度も聞かせていただきました。また、特にリハ医学について語るときは、情熱を込めた力強い口調に変わりました。確信をもって日本のリハ医学の黎明期を支えた医師であることは疑う余地がありません。にもかかわらず、決して虚勢を張ることなく、実に無欲で謙虚なお人柄についても、多くの方々が知る通りです。

2005年に30年間在籍した兵庫医大を定年退職後、兵庫医療大学の開設準備をされる傍ら、滋賀県立リハビリテーションセンターの開設準備室顧問として活躍され、2006年からは同センター長を勤められました。悠々自適の生活を楽しむ間もなく、ご逝去の日まで現役の医師としてリハ医学の発展のために突き進んでおられました。まさに近畿のリハ医学のパイオニアというべき存在でした。

2005年の年頭の挨拶の中で、藤原先生は「一粒の麦は、地に落ちて死ななければ、一粒のままである。だが、死ねば多くの実を結ぶ。」という聖書の言葉を引用されました。ご自身がリハ医学の世界に身を投じることによってその成果が現れ、その後も着実に実を結ぶことを表現されたのだと思います。先生が蒔かれた一粒の麦が豊稔の実りにつながるよう、私達後進の働きを天国から見守っておられることと思います。

謹んで哀悼の意を表し、心からご冥福をお祈り申し上げます。

日本リハ医学会 東北地方会主催 市民公開講座 in あおもり

日本リハ医学会市民公開講座を2010年8月29日(日)に青森県総合社会教育センター(青森市)にて「最先端医療から地域医療まで」をテーマに開催致しました。例年のない猛暑の影響もあってか参加者は120名とやや少なめでしたが、著名な3先生の有意義なご講演をいただきました。

茨城県立健康プラザの大田仁史先生は『住民参加の介護予防～最期まで人間らしくありたい～』と題し、最期まで人間らしくあるために「団塊世代の高齢化に備え、この世代の健康寿命を延ばすことが求められる」と講演された。これは「余命を長くするばかりでなく障害のある人を少なくする」こと。介護予防では、①できるだけ介護を受ける状態にならないこと、②介護を受けるようになってからも最期まで介護を受けるのが困難な状態にならないこと、

③個人の努力、介護の力、社会の理解が必要、と強調された。

国立国際医療研究センター病院の藤谷順子先生には『リハビリテーションでできること：病気の治療から生活まで』として、リハが「訓練」ばかりではなく、病気のために「～できない」もリハの対象であること、また、呼吸器疾患等、動くことと苦しい症状のリハは「苦しい場面を減らす⇨苦しくない範囲で動く⇨呼吸効率を改善」の循環で動作を工夫、スピードを落として休みながら行動することで日常場面での苦しいことを少なくすることができることをわかりやすくご講演いただいた。

藤田保健衛生大学の才藤栄一教授には『ロボットによる歩行・移動支援』のご講演をいただいた。ロボットが、ヒトと共に生き、障害をもった人たちを助けてくれる時代になりつつあり、リハ医療で



はトレーニングを手伝ったりや実際の生活を手助けをしたりして障害を持った人たちの生活を変えようとしている。生活の不自由さで最も大きな問題である移動・バランスなどに着目したロボットについてのご紹介があり、「歩行補助ロボット：WPAL (Wearable Power Assist Locomotor)」やバランストレーニングのための「立ち乗り移動ロボット」をご呈示いただいた。

(実行委員会世話人 松本 茂男)

日本リハ医学会 中国・四国地方会主催 市民公開講座 in おかやま

2011年2月19日(土)午後1時から4時まで、岡山駅に隣接した国際交流センターにおきまして、日本リハ医学会主催の市民公開講座を開催しました。選びましたテーマは「脳卒中—ならないために なった時のために—」でした。やはりリハ医学というなかで、最も市民の皆様が関心を持っておられるのが脳卒中であると考えた結果です。内容としては、講演1「脳卒中の予防と治療の新しい話題」岡山



大学神経内科教授の阿部康二先生、講演2「脳卒中のリハビリテーション—早期離床、社会復帰を目指して—」川崎医科大学リハ科教授の椿原彰夫先生、体操「体を動かして脳卒中を追っ払いましょう」運動指導士の西河英隆先生、というように市民の皆様が興味をもって参加していただけるようにしました。岡山の脳卒中に関する医療を中心的に行っておられる方々にお願いしました。

天候は晴れで、当初予定しておりました参加者数は200名でしたが、予定をはるかに超えて272名の市民の皆様が参加されました。開催1時間前には準備中にもかかわらず、お年寄りがたくさん来られました。予定人数をポスター、パンフレットに記載しておりました関係上、入りきれなくて、お引き取り願った方もおられました。もう少し大きな会場の方がよかったかもしれません。参加された皆



さんは大変熱心で、質問も活発にされていました。このような、専門家がわかりやすく説明してくれる機会を市民の皆さんは待ち望んでいるということを感じました。現在はこのようなリハ医学会主催の市民公開講座は毎年日本全体で1～2か所です。もう少しがんばって、毎年各エリアでもっと市民にアピールすることが大切であり、市民もそれを待ち望んでいると感じました。

(実行委員会世話人 千田 益生)

第20回 日本障害者スポーツ学会

2011年1月29日(土)～30日(日)、松尾清美大会長のもと第20回日本障害者スポーツ学会が佐賀大学医学部鍋島キャンパスで行われました。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学会に、2008年に日本障害者スポーツ学会へと名称を改めて、今年は通算して20回目の集会として、初めて2日間で行われました。

この学会の特徴として、医師、理学療法士、作業療法士に、義肢装具製作などに関わるエンジニア、教育者やスポーツ指導者だけでなく、実際に障害を持つ当事者が参加し、情報交換する集会です。大会長の松尾清美先生も実

際の車椅子テニスのプレーヤーでした。

特別講演としてバンクーバーパラリンピックに向けた競技用チェアスキー開発、活動報告がありました。

今大会は第20回という記念すべき大会であったせいかその後の特別講演をはじめとして、一般演題も昨年第30回記念大会を迎えた大分車椅子マラソンの歴史などこれまでの障害者スポーツのあゆみを振り返る演題が多いのが印象的でした。

2日目には学会総会が行われ、障害者スポーツの普及にご尽力された緒方甫先生のご家族の寄付により2006年から行われている緒方賞の発表がありました。この賞は前年の日本障害者スポーツ学会大会での優秀発表に贈られており、

「頸随損傷者における車いすバスケット前後のマイオカイン動態に関する研究」(和歌山県立医科大学 木下利喜生先生)が受賞されました。さらに午後からは教育講演・シンポジウムで「車いすスポーツ選手の2次障害について」の題で行われ、障害者スポーツが引き起こす2次障害が解明されていない頃より様々な角度からスポーツによる2次障害がないことを証明していった過程が発表されました。

来年は広島で、再来年は和歌山での開催が決定しております。(ともに日程未定)

(和歌山県立医科大学みらい医療推進センター 伊藤 倫之)

第2回 日本ニューロリハビリテーション学会学術集会

昨年1月に行われた第1回の学術集会の直後に大会長を拝命し、1年間にわたり藤田保健衛生大学のリハ部門のご協力も得て準備を重ねて参りましたが、2011年2月12日の名古屋国際会議場での開催に無事漕ぎつけ、盛会のうちに終了したことをご報告させていただきます。当日は、リハ科医だけでなく、脳神経外科医、整形外科医、神経内科医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などニューロリハに関わる多分野・多職種の500名を超える参加者を得て、特別講演6題、一般演題104のご発表をいただきました。特に特別講演のうち3題は、Munster大学のvon Wild先生の頭部外傷のQOL評価尺度を使った多施設共同研

究、MITのKrebs先生のロボット工学の発展と展開に関する報告、ダバオ医科大学のGuerrero先生の神経可塑性とそれを利用したニューロリハの報告という大変興味深いものとなりました。またWFNRの中核メンバーでもある上記3名の外国人座長のもとで行った英語口演は初めての試みであるものの、日本人の共同座長のご協力もあって円滑な進行と活発な討論がなされました。

なお第3回学術集会は弘前大学脳神経外科学教室の大熊洋揮先生が大会長となられ、パシフィコ横浜で開催される予定です。今回よりもさらに盛大な会とするべく、リハ医学会の会員の皆様からのご支援を願う次第です。

(長寿医療研究センター 近藤 和泉)



リハビリテーション医学 電子辞書 Ver.2

シャープ電子辞書 + SDカード

価格 63,000円 (本体60,000円+税5%)

ISBN978-4-263-21367-4



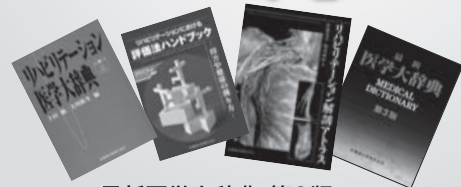
SHARP
カラー電子辞書
Brain

■機種名：PW-A7000-W
(ホワイト)



Ver.1 から **3** コンテンツ増えて
さらに便利に!!

●SDカードをBrain本体にセットしてご利用下さい。



- ▶ 最新医学大辞典 第3版
- ▶ リハビリテーション医学大辞典
- ▶ リハビリテーションにおける評価法ハンドブック
- ▶ リハビリテーション解剖アトラス
- ▶ 医学略語コンパクト
- ▶ 目でみるMMT 頭部・頸部・体幹・上肢
- ▶ 目でみるMMT 下肢



SDカード収録
7コンテンツ

さらに内蔵120コンテンツでも検索可能!!

検査も 薬も 医学英語も!!



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

タケダは患者さん中心の 医療に貢献します

忠
adherence

アドヒアランス：患者さんが積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を実施・継続すること。

(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受容体拮抗薬/利尿薬配合剤
【処方せん医薬品】 薬価標準収載

エカード® 配合錠HB

(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)



持続性アンジオテンシンII受容体拮抗薬・持続性Ca拮抗薬配合剤
【劇薬 処方せん医薬品】 薬価標準収載

ユニシア® 配合錠HB

(カンデサルタン シレキセチル/アムロジピンベシル酸塩配合錠)



チアソリジン系薬/ピグアノイド系薬配合剤 [2型糖尿病治療剤]
【劇薬 処方せん医薬品】 薬価標準収載

メタクト® 配合錠HB

(ピオグリタゾン塩酸塩/メトホルミン塩酸塩配合錠)



プロトンポンプインヒビター
【処方せん医薬品】 薬価標準収載

タケプロン® OD錠 15・30

(ランソプラゾール口腔内崩壊錠)



食後過血糖改善剤
【処方せん医薬品】 薬価標準収載

ベイシン® OD錠 0.2・0.3

(ボ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】 薬価標準収載

アクトス® OD錠 15・30

(ピオグリタゾン塩酸塩口腔内崩壊錠)



LH-RH 誘導体 マイクロカプセル型徐放性製剤
【劇薬 処方せん医薬品】 薬価標準収載

リュープリンSR® 注射用キット

(注射用リュープロレリン酢酸塩)



骨粗鬆症治療剤 骨ベージェット病治療剤
【劇薬 処方せん医薬品】 薬価標準収載

ベネット® 錠 17.5mg

(リセドロン酸ナトリウム水和物錠)

注)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、警告、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。

(2010年8月作成)

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48回 学術集会**：2011年6月2日(木) - 4日(土)、幕張メッセ(千葉)、開催延期、
テーマ：Impairmentに切り込むリハを目指して、会長：赤居正美、運営幹事：飛松好子、国立障害者リハビリテーションセンター病院、〒359-8555 埼玉県所沢市並木4-1、Tel 04-2995-3100、Fax 04-2995-0355、E-mail：tobimatsu-yoshiko@rehab.go.jp、URL：http://www.48jarm.jp/ 最新情報はホームページでご確認ください。

【地方会】

● **第27回中国・四国地方会等** (40単位)：6月26日(日)、徳島大学医学部臨床第1・2講堂、安井夏生(徳島大学医学部運動機能外科学)、Tel 088-633-7240、Fax 088-633-0178

● **第30回九州地方会等** (40単位)：9月4日(日)、九州大学医学部百年講堂大ホール、服部文忠(長尾病院)、Tel 092-541-2036 (事務局：深見知子)、Fax 092-511-6039、演題締切：7月4日(月)

【専門医・認定臨床医生涯教育研修会】

● **中国・四国地方会** (20単位)：6月11日(土)、高新文化ホール、石田健司(高知大学リハビリテーション部)、Tel 088-880-2491、Fax 088-880-2492

● **近畿地方会** (30単位)：7月9日(土)、ピアザ淡海(おうみ)、大塚信一(大津赤十字病院リハビリテーション科)、Tel 077-522-4131、Fax 077-525-8018

【2011年度実習研修会】(予定) (20単位) 詳細は学会誌、ホームページ参照。変更する場合があります。

◎ **小児のリハビリテーション研修会** (30名) 9月8日 - 10日 (3日間) 秋田県立医療療育センター

◎ **義手義足適合判定医師研修会アドバンスト・コース** (12名) ①9月11日 - 12日 (2日間) ②10月17日 (1日) 岡山コンベンションセンター、岡山労働基準監督署会議室

◎ **臨床筋電図・電気診断学入門講習会** (40名)

第48回日本リハビリテーション医学会学術集会の延期 ならびに評議員会・総会の6月開催についてのお知らせ

(詳細は学会誌 48 巻 4 号 223-224 ページ参照)

1. 評議員会・総会は、学術集会と切り離して、6月3日(金)に大阪市内で開催する(※)。
2. 学術集会は震災後の不安定な状況に鑑み、然るべき時期まで延期する。開催時期は秋、会場は当初予定の幕張メッセを想定しているが、事態の推移をみながら適切に判断する。

※評議員会・総会・生涯教育研修会の開催について

開催日：2011年6月3日(金)

会場：毎日新聞ビル オーバルホール

〒530-8251 大阪市北区梅田3-4-5 毎日新聞ビルB1

Tel 06-6346-8351、Fax 06-6343-0099、URL：http://www.mainichi.co.jp/oval/

プログラム(予定)：

10:00 ~ 11:30 理事会

13:00 ~ 14:30 評議員会

15:00 ~ 17:00 総会

17:15 ~ 18:45 専門医・認定臨床医生涯教育研修会(認定単位：1講演10単位)

1) 「大震災後の対応—現地からの報告」

東北大学大学院医学系研究科内部障害学分野教授・専攻長 上月正博

2) 「大震災後の対応—リハビリテーション医学会として」

日本リハビリテーション医学会理事長

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室教授 里宇明元

10月1日 - 2日 (2日間) 慶應義塾大学病院

◎ **職業リハビリテーション研修会** (20名) 10月30日 - 31日 (2日間) 1日目：岡山コンベンションセンター、2日目：吉備高原医療リハビリテーションセンター

◎ **脊損・尿路管理研修会** (20名) 12月3日 - 4日 (2日間) 和歌山県立医科大学

◎ **嚥下障害実習研修会** (1回目) (28名) 9月24日 - 25日 (2日間) 浜松市リハビリテーション病院ほか

◎ **嚥下障害実習研修会** (2回目) (28名) 2012年3月25日 - 26日 (2日間) 浜松市リハビリテーション病院ほか

◎ **福祉・地域リハビリテーション研修会** (20名) 2012年2月17日 - 18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) 2012年3月22日 - 24日 (3日間) 藤田保健衛生大学

● ◎ **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)

専門医資格更新について：

活動報告書提出締切 4月30日(土) 必着

指導責任者資格更新について：

実績報告書提出締切 4月30日(土) 必着

広報委員会：菅 俊光(担当理事)、阿部 和夫(委員長)、安倍 基幸、伊藤 倫之、緒方 敦子、数田 俊成、佐々木 信幸、長谷川 千恵子

問合せ・「会員の声」投稿先：「リハニュース」

編集部(財)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：(財)学会誌刊行センター

印刷：三美印刷(株)

定価：1部100円(学会員の購読料は会費に含まれる)

広報委員会より

正直、この場で何を書くべきか悩んでいる。本来はこの号の特集である再生医療の明るい未来を夢みながら締めさせていただくような場所であったはずだが、この原稿を書いている時点でまだ明るい未来は安易に語れない。この場を借りて、震災で亡くなられた方々のご冥福をお祈り申し上げるとともに、被害に遭われた皆様に心よりお見舞い申し上げたい。

私はあの日都内の病院の13階におり、電子カルテや大きな洗濯機までが床に崩れ落ちるなか人生初の恐怖を経験した。そして長い揺れがおさまったとき、ようやく終わったと心から安堵した。しかし実際にはこれが始まりであり、まだ終わっていない。

この未曾有の大災害に冠するように頻用される「想定外」

という文句だが、まさしく現在の生活は想定外の事象に溢れている。医療においても物資流通や人的不足のみならず、一部の薬は製造すら困難、計画停電地域では再起動に時間を要すMRIの運用もままならない、被災地及び周辺地域では退院・転院の制御不全に陥り新規患者受入れにまで影響している。特に中長期的治療を主とする我々リハ科医にとって、今後患者の転帰の問題は被災地からドミノ式に広範囲まで影響する可能性を秘めている。

まだ様々な状況が把握しきれずに混乱しているが、我々はいつまでも想定外を言い訳にはできない。原発問題に多分野の専門家が丸となって立ち向かうように、我々リハ科医も我が国の医療再生のために何を為すべきか考えなければならぬ。(佐々木 信幸)