



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.50

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

東日本大震災 —被災地からのレポート—

広報委員長 阿部 和夫

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、我々、阪神間に居住している会員には、1995年1月17日に発生した阪神淡路大震災の未だ生々しい、街が消えるということとはどのようなことかについての記憶を呼び起こしました。阪神淡路大震災の折に、私は大阪大学におり、幸いなことに大阪大学の敷地内で人的な被害はありませんでしたが、完成して間もない新病院の外壁タイルが落下したり、研究室の内壁に亀裂が入ったり、あるいは研究室の備品が倒壊・損壊するなどの被害を受けました。また、被災地からの患者受け入れを行うと同時に、神戸市や阪神間に立地する病院への医療支援も行いました。支援を行った医療関係者は、自宅あるいは勤務地から開通している場所までは公共交通機関で行き、その後は、数十分あるいは何時間か

を徒歩で移動するという経験をしていたと思います。しかし、神戸市および阪神間の被災地の周辺には大阪や京都などの大都市があるために、日帰りでの支援も可能でした。当時、患者さんで被災された方の話を伺っても、被災した自宅や避難所から大阪や京都への買い出しを行ったり、病院への通院をしたりすることも多くの場合には可能でした。しかし、東日本大震災では、被災した地域が広大であり、震災前でも隣の集落や地方都市への交通は、かなり不便であったために、病院への通院には、不可能あるいはかなりの不便があるように思います。さらに、福島県における原子力発電所の被災と長引く事故処理作業もあり、阪神淡路大震災での経験をそのまま東日本大震災に当てはめることは適当ではないと考えています。しかし、自然の災害に遭うことが避けられない日本に住んでいるからには、今回の震災が最後の災害になるということは、残念ながらいでしよう。震災での医療支援、リハビリテーション（以下、リハ）科医としての対応を考えていくためには、もう一度、阪神淡路大震災での経験を思い起こしながら、東日本大震災での現場の対応を振り返ることは、非常に意義深いものと考えます。

今回の特集では、上月正博、富岡正雄、中島真人、小川美歌の4名の先生方に寄稿をお願いしました。上月先生、中島先生、小川先生には、それぞれ東日本大震災の被災地における医療経験を述べていただきました。富岡先生は、阪神淡路大震災の当時には、被災地で勤務をしており、震災対応の医療活動を行い、今回の東日本大震災では東北地方の被災地での医療援助を行っています。

これらの貴重な経験から、我々リハ科医は多くのことを学び、今後の診療活動に生かしていきたいと思っています。

目次

- 特集：東日本大震災—被災地からのレポート—……………1-7
- 第48回学術集会：近況報告……………7
- INFORMATION：50周年キャッチフレーズ・ロゴマーク公募、国際委員会、編集委員会、教育委員会、広報委員会、東北地方会、北陸地方会、北海道地方会、関東地方会、中部・東海地方会、中国・四国地方会、九州地方会……………8-10
- 2010年度論文賞受賞者紹介……………11
- 2010年度外国人リハ医交流記……………12
- リハ医への期待(9)：がんのリハ……………13
- 専門医コラム：専門医制度推進支援事業……………14-15
- REPORT：春期・GW医学生リハセミナー、第52回日本神経学会学術大会……………16-17
- 医局だより：浜松医科大学附属病院リハ部……………18
- お知らせ、広報委員会より……………20

広告：医歯薬出版(株)、武田薬品工業(株)
(株)協同医書出版社

東日本大震災被災地の現場から —宮城県を中心に—

東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻内部障害学分野

上月 正博

2011年3月11日14時46分、三陸沖を震源とするM9.0の大地震が起きた。1,000年に1度の規模の大震災であり、6月11日現在、死者は1万5,413人、行方不明者は8,069人に上っている。大震災から3カ月を経過した。本学会の現地対策本部長としての筆者の体験を軸にしなが、被災地での3カ月をリハと関わりの面からまとめてみた。

1. 震災から4日目まで

○避難所

筆者はその時福島県・会津若松市の病院にいた。どこにも電話は通じず、メールも送信できない状態が続いた。とりあえず仙台や東京にアクセスの良いJR郡山駅まで病院車で送ってもらった。しかし、郡山市は街全体が停電・閉店し、ホテルに空き部屋はなく、遠距離を走ってくれるタクシーやレンタカーもすでになかった。結局、この日から3泊4日の避難所暮らしを余儀なくされた。

○大学病院

病院12階にあるリハ病棟に大きな被害はなかったが、停電や余震のために、歩行困難な患者を17階のリハ部から1階等にリハスタッフ数人がかりで非常階段を使って移動させた。3日目には大津波で被災を受けた太平洋沿岸部への大学病院キャラバン隊の先遣隊が視察に行った。翌4日目から東北大学病院キャラバン隊が本格始動し、リハ科医師も日替わりで2名ずつ同行した。

○地域中核病院

回復期リハ病棟をもつ仙台市の地域中核病院が被災し、入院診療の継続が不能な状態に陥った。退院が可能なのは退院させたが、周辺地域が津波による大きな被害を受けたこともあり、帰宅困難者や重症患者が多数残った。リ

ハ科医は受け入れ先探しに奔走したが難渋し、全ての患者の転院が完了するまでに1週間以上を要した。

2. 5日目以降 丸1カ月まで

本学会の里宇理事長に震災対応WGや情報センターを設置していただいた。リハ病棟では、停電で自宅や病院で器械を使えない在宅酸素療法患者、透析患者、脳卒中患者、脊髄損傷患者などを受け入れた。入院患者に対して、当初は1日800 kcalの非常食しか支給できず、回診のたびに患者さんが痩せていくのを見るのが忍びなかった。医療スタッフも大変な時期を患病ひとつこぼさず診療に協力してくれた。

教室の医局員は総出で東北地方のリハ施設の被災や安否状況の確認を行い、また関連病院へのリハ診療援助を行った。

地域中核病院のスタッフは、被災患者に加え、被災病院からの患者受け入れで献身的に活躍した。建物が使用不能になった地域中核病院ではリハスタッフは避難所まわりなどをして被災者のリハ支援、廃用・二次障害の予防に努めた。

筆者は、被災した病院からのリハ患者の受け入れ先探しは今後益々重要になると判断し、宮城県庁講堂に設置した災害対策本部に直接掛け合い、リハ患者移送用の大型バス10台をとりつけた。また、東北地方の本学会加盟病院に連絡し、リハ患者引き渡し希望の有無を調査した。同時に本学会に他地域の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した。また本学会会員揭示版「支援要請／支援します」コーナーの開設（被災地現地の会員と全国の会員とのマッチング用）を提案した。避難所、医療施設、老健

施設におけるリハニーズに対しても県に提案し、施設へのファックス調査や精力的に巡回している県リハ支援センターや各市の保健師など職員の聞き込み調査に項目を加えてもらい、ニーズのあるところには作業療法士会や理学療法士会などと連携して対応した。

被災地の病院では多くの被災者の診察と薬剤処方を行った。家族を失った方、家や財産を失った方、避難所暮らしの方などたくさんいたが、3時間で100人以上診察しなくてはならず、じっくり話を聞いたり、生活機能評価を完璧に行うほどの時間や心理的余裕は医療者側にも被災者側にもなかった。

大震災直後はマニュアルもなく混乱したものの、本学会の震災対応WGや情報センター、専門医会などの協力もあり、震災後の3週間でなんとかりハ支援の形は整えたつもりでいた。しかし、避難所や老健施設からのリハ科医やリハ医療に対するニーズは意外に少なかった。行政のコーディネーターによるリハニーズの拾い上げが適切に行われているのか不安が募り、全県でのリハ職種横断的な会議での検討が必要と考えた。

3. 2カ月目以降 丸3カ月まで

佐直信彦教授（東北文化学園大学）、樫本修宮城県リハ支援センター所長と相談の上、「東日本大震災宮城県リハ支援会議」を設立し、知事あてに進言し、石巻地区へのコーディネーターの増員を実現した。遺体捜索や瓦礫処理にあたっている自衛隊隊員が避難所の前で地べたにテントを張って長期間にわたり寝泊まりしている姿には本当に頭が下がった。5月の連休から、東日本大震災リハ支援10団体のチームが支援に来てくださり、地元だけでは手

一杯の状況を打開してくれた。気仙沼市立病院の成田徳雄医長や山形大学の高木理彰リハ部長から指摘を受けた気仙沼地域でのリハニーズに対しても支援を仰いだ。一方、将来的に地元で自立した活動が可能になるように、「宮城県リハ医師会」を立ち上げてリハ支援が必要なところに輪番制で応援に行ったり、地元で固定したリハスタッフを確保する方策を検討した。

4. 今後の課題：「災害リハ」と情報の継承化

震災から3カ月を迎え、ライフラインが復旧するにつれ、家族安否、家屋、財産、土地、仕事、健康などの点で、「被災地と非被災地の格差」に加えて「被災地の中の格差」が拡大した。リハはその格差を埋めていく重要なカギの一つとして大いに期待される。

JJRMの総説に詳細に記載したが、「災害リハ」という新たな概念を設ける必要性を痛感した。すなわち、災害時にはリハ患者の安全確保と移送から始まり、器具の提供、廃用予防を経て、訪問リハ、リハ病院・リハ施設の運営正常化、在宅障害・高齢者リハサービス、デイサービス、心のケアなど通常のリハ医療を、全国からの医療・リハ支援のもとに行うとともに、可及的速やかに地域リハの自立を達成する必要がある。リハ資源は決して潤沢なものではなく、効率的な運用が必須である。情報の一元化、体系化、共有化、継承化が重要である。災害時には「急性期災害リハチーム（Disaster Acute Rehabilitation Team：DART）」を結成するとともに、様々な経験やノウハウを整理してマニュアル（ガイドライン）として災害リハの役割を明確に継承することが、課せられた使命である。

と考えられる。

☆

本学会では里宇理事長はじめ関係者の皆様には大変な御骨折りを頂き、また、震災対応WGの住田学会監事からは、3週間にわたり毎日励ましのお電話をいただくとともに阪神淡路大震災の被災経験に基づき多くのことをご教示いただいた。さらに、日本全国はもとより世界各地からも本稿に書ききれない多くの方々が大地震後の被災者・被災地支援のために、医療スタッフやボランティアとして活動してくださっている。全国からの物資や募金も続々現地に届いている。すべての皆様にこの場をお借りして深く御礼申し上げますとともに、長丁場になるこれからの復興の過程に対しても、引き続きのご支援・ご協力のほどよろしくお願いする次第である。

いわて災害医療支援ネットワークセンターで活動して

愛仁会リハビリテーション病院リハビリテーション科

富岡 正雄

兵庫県災害医療センターで救急医として働いていた私は、現在、回復期病棟でリハ科医とし救急医から引き継ぐ立場として働いています。前医での状況がよく理解できることから救急医としての経験が役に立っています。災害医療も、急性期はDMAT（Disaster Medical Assistance Team、災害派遣医療チーム）や自衛隊、亜急性期は救護班、その後地元の医療機関へと引き継いで、継続的な活動を行うことが重要と言われていました。本来DMATの任務は48～72時間程度と想定され、その後は救護班や地元の医療機関へと引き継ぐことになっていますが、今回は災害の規模が大きく、発災8日目の3月19日までDMATの活動が続き、また地元の医療機関が壊滅的で、長期間の救護班による臨時診療を行わざるをえない状況となりました。

岩手県では県災害対策本部内に医療を調整する「いわて医療支援ネットワークセンター」を設立し、その立ち上げにDMATの経験があった私が参加することになりました。まさしく救急の経験を生かした回復期で働くフェーズです。

私は、3月18日から2週間同ネットワークセンターで働きましたが、その間の任務は、①医療チームの需要と供給のマッチングと救護所のマッピング、②医療チーム以外の支援組織との調整、③本部と被災地との連絡調整、などです。以下はその具体的な内容です。

1. 医療チームの需要と供給のマッチングと救護所のマッピング

発災8日目の岩手県では、およそ5

万人の避難者が380カ所にのぼる避難所で生活され、36の医療チームが活動中でした。更に岩手県から全国への救護班の要請に応じて、たくさんのチームから申し出がありました。医療支援は長期となることが予想されたので、メンバーが交代しながらも継続して派遣できるチームを優先的に来ていただきました。4月初めには58のチームが岩手県の登録チームとなりました。医療チームの背景は、赤十字、医師会、大学病院、国立病院機構、県庁へ直接応募、と様々でしたが、合同ミーティングを開きニーズのある救護所に医療チームを割り当てる作業を最初に行いました。その間も全国から、あるいは海外からも善意で医療チームや医師個人から問い合わせが多くありました。大変ありがたい話なのですが、この時期にチームが多すぎると、

被災地で受け入れて調整するスタッフに負荷をかけてしまいますので、我々から丁重にお断りの説明をし、理解をしていただきました。

2. 医療チーム以外の支援組織との調整

次に長期化する避難生活に対して、応急対面診療だけではなく、こころのケア、感染症のアウトブレイク予防、歯科チームによる口腔ケアなども必要となってきますので、それらの代表者にもミーティングに参加してもらい、岩手県として一枚岩で医療サポートをできるように調整しました。また3つの県立病院が全壊、1市1町で全医療機関が機能不全でしたので、レントゲン車やCT車の導入、血液検査の巡回などを行いながら、地元の医療復旧を待ちました。保健師や看護師も全国組織で応援に来ていただき、ミーティングで情報共有を行いました。

3. 本部と被災地との連絡調整

発災2週間を過ぎても、電話やインターネットが繋がらない被災地が多く、本部と被災地との連絡調整が困難な状態が続きました。良好なネットワークを作るには、直接会って話をし、現状を自分たちの目で見る必要があることはわかっていましたが、県庁のある盛岡と被災地の沿岸部



県庁災害対策本部内のいわて災害医療支援ネットワークセンター

は車で片道3時間もかかるため、本部から簡単に出ていくことができません。そこで、沖縄で救急医療ヘリを運航しているMESHサポート（MESH：Medical Evacuation Service with Helicopter、民間版ドクターヘリ）に依頼し、我々が被災地へ赴くためのヘリコプターを導入し、自ら被災地に短時間で訪れ情報収集と関係づくりに努めるようにしました。この効果は大きく、避難所の状況や各地区で抱えている問題を正確に把握できました。特に被災自治体の担当職員から聞いた言葉が印象的で、「何をしてほしいか、何がほしいか、などと我々被災者に聞か

ないでほしい。わからないし考える余裕もないから。そちらから提案し実行してもらいたい」ということでした。その後は、状況を把握・分析してより能動的に人や物の支援を提案するようになりました。

以上が、私の2週間の活動です。



16年前の阪神淡路大震災では私自身が被災しながら診療を行った経験がありますが、この16年で様々な災害医療に対する取り組みが行われ、進歩を遂げました。上記のような活動は16年前には考えられないことでした。超急性期の医療活動をDMATという新しい組織が担うことになり、その後の医療チームに引き継ぐこととなりました。また通常の診療だけではなく、こころのケア、深部静脈血栓症のスクリーニング、感染コントロールといったチームも早急に立ち上がり、しかも組織的に活動を行いました。自衛隊との連携やヘリコプターの運用も行われました。これらは阪神淡路大震災以降、震災のたびに一つひとつ検証しながら積み上げていった結果です。ただし残念ながら、リハに関しては県レベルでの組織だった活動が急性期から亜急性期にかけて行われておらず阪神淡路大震災時とあまり変わっていませんでした。今回の活動を検証した上で、リハ科医として組織だった活動ができるように平時から計画を立てておく必要があるのかもしれません。



沖縄から来ていただいた MESH のヘリコプターとパイロット

東京都医療救護班第5陣

慈生会野村病院 中島 真人

私は現在、東京都三鷹市にある慈生会野村病院の回復期リハビリテーション病棟で診療に従事しております。震災発生後、東京都より当病院にも震災医療救護班への参加要請があったため志願したところ、東京都医療救護班第5陣として宮城県気仙沼市に派遣されました。今回、この救護活動について寄稿する機会をいただいたので、拙い文章ですが現地の様子と私なりの雑感を記したいと思います。

活動

震災発生直後より東京都は迅速な対応をみせ、都立病院スタッフを中心とした医療救護班を編成して、各陣3泊4日の日程でシームレスな支援活動を展開した。われわれ第5陣には7病院、22名が参加しており、各病院チームは基本的にそれぞれ医師1名、看護師1名、事務1名の計3名で構成されていた。3月26日午前7時に東京都庁第一本庁舎前よりチャーターされた都営バスに乗って出発し、帰りは3月29日午後11時30分に現地を発って3月30日朝7時に都庁前に帰還するという、実際には4泊に及ぶ行程であった。

現地では気仙沼市から約50km隔てた岩手県一関市に宿泊所となるホテルが用意されており、救護班の活動拠点は気仙沼市民健康管理センター『すこやか』に設置されていた。当時、まだ冷たい雪が舞い、強い余震の続くなか、気仙沼市には大小93カ所の避難所に延べ12,000名以上の方々が生活しており、他の道府県から合流したスタッフを含む総勢60~70名程度でそのうち25カ所の避難所を担当した。活動の具体的内容は、慢性疾患に対する投薬、避難所では対応できない急患の救急搬送手配、感染症患者の診断・隔離措置、感染症・深部静脈血栓症予防に関する啓蒙、避難所の食事内容や

衛生状態のサーベイランスなどであった。

私の主な活動場所は^{ししおり}鹿折中学校体育館で、そこではすべてのライフラインが途絶したまま200名以上の被災者が生活しており、給水車や自衛隊の支援などを得て運営されていた。体育館の壁に掛けられた時計が、まさに地震発生直後の午後2時47分を示したまま止まっていたのが印象的だった。同行した別チームの医師たちが、先陣が立ち上げた学校保健室の仮設診療所を引き継いで診察を行っていたので、われわれは体育館にいる被災者をこちらから個々に訪問して聴き取りを行うという活動を行った。被災者の中には土地柄のためか遠慮したり、精神的ダメージのために受診を億劫がったりする方もおり、訪問・聴き取りによって初めて被災以来降圧剤や糖尿病治療薬を中止していたなどの問題が発覚するケースが多く見受けられた。衛生状態も決して良好とは言えず、館内のあちこちから咳が聞こえ、土足が禁止されたのもわれわれの到着直前であったという。

避難者の中には脳卒中後遺症をもつ患者さんも数名いたが、いずれもきわめて困難な生活を強いられていた。このような状況下で、われわれの活動中に理学療法士がこの避難所を訪れたが、彼らの存在感は圧倒的で、患者さんが彼らに支えられながらリハをする姿が周囲の人たちに与える影響は大であった。また褥瘡処置に対する形成外科医の指導や驚愕反応を示す子供への児童心理の専門家の介入などの需要が高まってきており、災害のフェイズでいういわゆる『茫然自失期』を脱した中で、医療に対するニーズも刻々変化してきていることが強く感じられる時期であった。

距離ということ（雑感）

津波で破壊された場所から高さ1メートルを隔てて、被害を免れた家屋、浸水したビルの中で迫りくる水と天井までの数十センチの隙間に頭だけを出して生き延びた人と、届かなかった想い、今回の震災では様々な報道に接するうちにいろいろな意味での『距



離]について考えさせられたが、現地を訪れて身を以て感じたのは、宿泊所となった一関から被災地である気仙沼までの距離、『50km』であった。一関のホテルではガス以外のライフラインが確保されており、各自に個室が提供され、各部屋の風呂は使えないものの大浴場は解放されており、もちろんテレビを見ることもできた。また食事は、朝がビュッフェ・スタイル、夜は一種類のみだが定食が用意されてい

た。寝袋で避難所に寝泊まりする覚悟で志願したが、良い方向に裏切られた感がある。ところが高々『50km』、車で1時間あまりのこの距離を隔てただけで、一方の被災地では、すべてのライフラインが断たれた避難所で、手洗いの水にも不自由し、入浴もままならず、プライバシーもなく、米飯と味噌汁だけの食事を余儀なくされているという、ある意味理不尽ともいえるべき格差が、そこにはあった。大規模災害

が起こると必ず思う、テレビ画面に映し出される被災地と自己との距離感、それは遙か遠くで起きている非日常のようにみえて、しかし実際には（海外での出来事は別として）その距離は現代の移動手段をもってすれば易々と縮めることのできるものなのである。この隔たりを埋める何か手だてはないものかと考えを巡らせながら、気仙沼市に美しい海や港の活気が戻る日を想う毎日である。

東日本大震災における回復期リハ病棟 —避難先フロアからのリハ医療—

東北公済病院宮城野分院リハビリテーション科 小川 美歌

1. 2011年3月11日

落下音が次々に響く中、4階廊下の壁に張り付いて激震に耐えた。廊下接合部は崩落のため通過できず、外庭から1階の回復期リハ病棟に走り込んだ。リハ患者は全員無事で、安堵する。

当院は仙台中心部から車で15分の東部に立地する。回復期リハ40床に、急性期・医療療養・介護療養と、総病床数201床の病院で、人工血液透析センターも併設している。

5階建中央病棟の崩落をおそれ、全入院患者170名を駐車場に集めた。担架が足りず、大多数の患者を布団にくるみ搬出した。雪の降る戸外で、人工呼吸器装着患者の換気バッグを徒手的に維持し、気管吸引は注射器で引いた。

リハセンターは損傷が少なかったため、低体温となる危険の高い臥床者から、マットレス直敷きで搬入した。非常用電源は取れず、ガス、水道も停止し、暖房もない。日没まで残り1時間。経管栄養投与とインスリン注射を急いだ。

近隣病院の被災状況は不明で、道路は大渋滞。職員を自転車で派遣し、重

症患者の受入れ要請を行った。深夜になってからようやく見た携帯テレビの映像に衝撃を受けた。道路も線路もあまりに広域にわたり分断され、飛行場も流された。3日しのいでも救援は来るのか？ 近隣からのガス臭が一晩中漂い、二次災害も懸念された。夜間のうちに、重症者を医師・看護師付で近隣病院に転送。当院チームが、先方で診療を継続した。

翌朝、系列急性期病院である、東北公済病院本院（300床）が、全患者の避難を受け入れてくれた。チャーターした市営バスと職員の車でピストン輸送した。外来待合に、170名近い患者がマットレスごと避難し、当院職員が溢れた。

2. 本院待合フロア避難後

地下鉄は崩落し、仙台北半分の交通が麻痺。石油は半月以上も入手困難で、打ち捨てられた車が多数みられた。バスの本数も絞られ、バス停には遊園地のような長蛇の列が形成された。職員子供らの保育先も確保不能。物流が絶えてコンビニすら開かず、食糧確保困難が10日以上続いた。震災直後から勤務を二交代制に切り替えて

対処した。

特に不足したのが経管栄養剤である。2週間も補充が絶えたため、1日投与量を600kcalまで落としてしのいだ。嚥下訓練食も確保できず、経管栄養管理に戻したが、認知不良の胃瘻患者は、空腹のせいで徘徊した。薬剤も物流途絶が3週間続いたが、開業医は休診のため、外来患者が殺到した。また、かかりつけ病院を失った透析患者が沿岸部に大量発生したため、破損による多量の漏水を抱えた当院も、垂れ流しのまま外来透析を再開した。

原発地帯からの患者転送要請の悲鳴も届いていた。本院の外来機能を再開するため、当院患者は避難3日目に病室、エレベーターホール、職員食堂の床へ詰め込まれた。

本院では水と電気の復旧は早かったが、ガス復旧には1カ月を要した。暖房、入浴、ガス滅菌ができなかった。洗濯業者も被災し、リネン交換も約2週間不能であったため、清潔を保つのに苦慮した。仕切りの不十分な混合病棟で、一般患者からの苦情が特に多かったのは、おむつ交換の臭気であった。

患者の自立度は、各患者の病衣の胸に貼ったガムテープ上に、具体的に表

記して管理した。過密のため、各マッ
トレス間の通路は狭く、トイレ移動
時、車いすや歩行器では入れなかつ
た。入手不能な物品のうち、切望し
たのは高齢者用押し車である。

リハ科チームは、血栓症予防体操
やADL訓練を兼ねたトイレ歩行に大
活躍し、震災を契機に歩容の向上した
患者が病棟区分を問わず多数みられ
た。頻発する余震の恐怖による環境圧
も手伝って、軽度の認知症患者では、
認知の改善する例も多くみられ、興味
深かった。療養患者では、平置きによ
る誤嚥傾向から多数の患者に微熱を認
めたが、リハ再開により、迅速に安定
した。円滑な転医・施設入所のためにも、
リハ管理は非常に有用であった。

過密による感染症流行も懸念された
が、患者を自宅退避させる上での問題

が二点あった。一点は、ご家族も被災
しているため、少なくとも10日間は、
連絡がつきにくかったことである。緊
急連絡先は、災害時に、携帯メール
アドレスも控えておくこと対処しやす
いことが判明した。もう一点の問題は、
介護保険による新規在宅支援の確保が
困難だったことである。

一方、回復期転院先の確保は、ライ
フライン断絶地域が広く、難航した。
結局、被災地外周の回復期リハ病院
に、リハ科看護師も出向させ、先方
での診療を継続することで、受け入れて
いただいた。受け入れ親族のない遠方
への転医には、ご家族の抵抗が一様に
強かったことから、大規模災害時のリ
ハ医療支援では、被災地外周病院の充
実が1つの鍵になりうるものと考えら
れた。

3. リハ患者の転医・入所後

一時は病棟閉鎖の方針も検討された
が、訪問リハを増員して在宅対応し
つつ、修理許可をひたすら待った。避
難所のボランティア訪問で、スタッ
フのモチベーションを保ちつつ、通所・
外来リハを5月から再開。使用可能な
79床を、回復期リハ40床および医療
療養39床として修理し、6月14日か
ら入院業務再開にこぎつけた。余剰の
職員は、系列病院への出向と、訪問看
護事業を拡大して乗り切る方針となっ
た。今なお避難所では、劣悪な環境下
でストレス性脳卒中の多発が予想され
る。今後も多方面からのご支援が必要
な険しい道程が続くであろうが、回復
期リハおよび血液透析病院として、地
域貢献を目指していく。

第48回 日本リハビリテーション医学会学術集会

幕張メッセ 2011年11月2～3日 ▷近況報告◁

結局大会は延期されたが、新たな日取り
も決まり、招待後援者やシンポジウムなど
も全て整った。大会は11月2、3日に2日
間の日程で、千葉県の幕張メッセで開かれ
る。3日間の内容を2日間でこなすことにな
り、朝から晩まで日程はぎっしり詰まり、
また会場の数も増え、参加したいセッ
ションが重なることもあろうかと思うが、
他の学会との重なりもあり、致し方
がない。

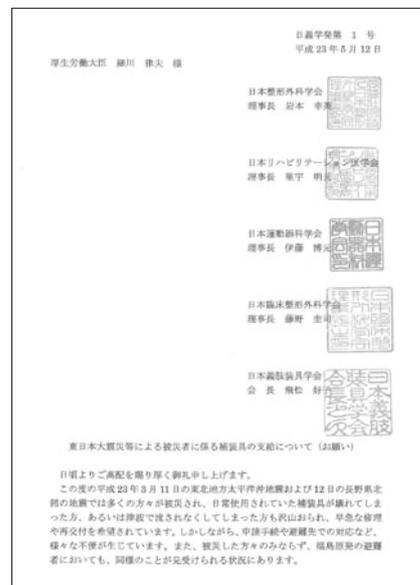
そうこうするうちにもう次の学会の提案
募集などの文書も郵送されてきたりして、
めまぐるしいのではあるが、6月に大会を
開くものとしてほぼ準備万端整ったところ
での延期であったので、その後は我々とし
ては特に大会準備のための活動はなかつ
た。

3月以降、4月の半ば頃までは結構余震
があり、東北が揺れると関東も揺れた。福
島からの避難者がセンターにも来られ、頭
頸損傷者が3名、うち1名の方はそのご家
族も避難してこられた。1名は帰宅した
が、ご家族を含めた2名の方は、全く目処
が立っていない。その他には視覚障害者
の方が、数名、入れ替わり立ち替わりであ
ったが、避難してこられた。最初のうちは休
日にお散歩ボランティアを募ったりして、
外に出ていただいたが、やがては一人で出
たり、別の場所に避難している家族と共

に行ったりして、生活もだんだん慣れてき
た。来られた当時は、1名は熱を出し、残
りの2名は、転々とするうちにできた褥瘡
の処置などが必要であったが、いずれも収
まった。

4月には桜が咲いた。車いすの人を助け
ようとして一緒に流されてしまった人の話
など、津波は無情であり、抗いようのない
自然の猛威というものを感じたが、一方で、
今年も再び何事もなかったかのように静か
に桜は咲いて、そして散っていった。花見
をするかどうかの議論もあったのだが、有
志が集まって、センターの片隅で、ささや
かなお花見をした。桜への感謝である。

このような中、私たちにできることは何
だろうか？ あるものはボランティアとし
て現地に出かけていった。リハ医学会で
も、他団体とともに現地に人を出している
と聞く。また、震災で、義肢装具を失った
り作り直したりしようにも一時立て替え
の費用がなかったり、判定に行けなかつたり
と不自由をして、医師として歯がゆい思い
をしてきたが、日本リハ医学会、日本義肢
装具学会、日本整形外科学会、日本臨床整
形外科学会、日本運動器科学会が協同して
厚生労働省に要望書(右)を出した。それ
によって医療保険で装具を作った際の立て
替え払いを患者さんがしなくても済むよう
になり、製作者による代理請求が認められ



ることとなった(被災者のみ、期間限定)。
このようなことも「私たちにできること」
の一つであろう。

今年の夏は節電もあって暑そうである。
毎年冷房を殆ど入れずに過ごしているの
で何とかなると思うが、皆様におかれま
しても、健康に気をつけて、元気にお過ご
ください。幕張で会いましょう。

(幹事 飛松 好子)

日本リハビリテーション医学会設立50周年 キャッチフレーズおよびロゴマーク公募について

平素は、日本リハビリテーション医学会の活動にご協力頂き誠にありがとうございます。日本リハビリテーション医学会は2013年に設立50周年を迎えることとなりました。会員の皆様には、重ねてお礼申し上げます。さて、設立50周年を迎えるにあたり50周年記念事業実行委員会を立ち上げ、現在鋭意準備しています。その中で、50周年にあたってのキーワードを以下のように定めました。

1. 歴史（伝承）
2. 未来（飛翔、先駆け、拓く、先導者）
3. 超高齢社会
（重複障害、廃用症候群、がんのリハビリテーション、維持期リハビリテーション）
4. チームワーク
（他科・他分野との連携強化）
5. さらなる探求・新たな発見
（機能回復への挑戦、リハデータの集積、再生医療とリハビリテーション）
6. 社会貢献（震災後の復興支援）

今回、これらのキーワードを元に、キャッチフレーズおよびロゴマークを公募したいと思います。是非、ご応募ください。

【募集要項】

- 1) 募集期間：
2011年7月15日（金）～12月31日（土）まで
 - 2) 応募資格：本会員の方
 - 3) 募集内容：
左記、1～6のキーワードに即した、日本リハビリテーション医学会50周年記念事業のキャッチフレーズとロゴマーク
 - 4) 応募方法：
「リハ学会50周年記念事業キャッチフレーズ」「リハ学会50周年記念事業ロゴマーク」「リハ学会50周年記念事業キャッチフレーズとロゴマーク」等ご明記のうえ、メールあるいは郵送にてお送りください。ロゴマークは、カラーでご作成ください。（手書きのイラストも可）
- 送付先：日本リハビリテーション医学会 事務局
〒162-0825
東京都新宿区神楽坂6丁目32番3号
メールアドレス：office@jarm.or.jp

※応募のキャッチフレーズおよびロゴマークは、未発表のものに限ります。また、著作権は本学会に帰属するものとし、日本リハビリテーション医学会50周年記念事業等に活用させていただきます。
※応募に関する個人情報は、本学会において厳重に取り扱います。
※厳正な審査のうえ、結果は所属、氏名とともにリハニュース紙面上に発表致します。

<国際委員会>

2010年度より、担当理事に才藤栄一理事、花山耕三委員、池田聡委員、青木隆明委員、松永秀樹委員、当方が委員長というメンバーで活動を実施している。活動課題は(1)日本リハ医学会員海外研修助成プログラムの実施、(2)外国人リハ医師対象の短期交流助成プログラムの実施、(3) Honorary/Corresponding Memberの拡充、活動内容の見直し継続、(4)日韓合同カンファレンスの位置づけ検討、(5) 英文ホームページの充実、(6) 英文annual reportの作成とH/C Memberへの送付の6項目である。

今回の東日本大震災の折には、当委員会にも Honorary/Corresponding Member、短期交流で訪日された先生方から、お見舞いや激励のmailをいただいた。リハ医学会からも、里宇理事長からのメッセージをH/Cメンバーに、短期交流された海外リハ医には国際委員会からのメッセージを添えて、送付した。

一方では、海外からの来日に関する問い合わせが皆無となったことも事実であり、委員会としての業務を従来通りに実施し、リハ医学会の活動が平常に行われていることを海外に向けて発信することも国際委員会の大切な活動課題である。（委員長 志波 直人）

<編集委員会>

3月11日の東日本大震災を受けリハ医学会では、里宇明元理事長のリーダーシップのもと迅速な対応が行われました。里宇理事長から、Jpn J Rehabil Med 4月号に「何をなすべきか、何ができるか」と題して、学会のとるべき方針と震災後の対応が示されました。本誌は、大震災関連の記事を今後も掲載し、未曾有の出来事に対する本学会の活動を記録して行く方針です。

さて、学会誌 Jpn J Rehabil Medでは、2010年11月15日から電子投稿審査システムの運用を始めています。現在利用している電子投稿審査システムは、独立行政法人・科学技術振興機構（JST）が運営するものでJ-STAGE 2と呼ばれています。導入当初からJ-STAGE 2のシステムの柔軟性の不足のために、使いにくい部分があることが指摘されておりましたが、この度、J-STAGE 3へのバージョンアップが行われることになりました。Jpn J Rehabil Medは、J-STAGE 3では、すでに定評のある Editorial Manager[®] を利用することになりました。種々のカスタマイズが各学会単位で可能になり、使いやすさの面で大きな改善が期待できます。編集委員会ならびに事務局では、本年8月末のJ-STAGE 3への移行に向け準備を行っております。（委員長 長岡 正範）

日本リハビリテーション医学会 災害支援プロジェクト

寄附へのご協力をお願い

趣旨・寄附金の使途・控除についてはHP・学会誌48巻6号p357をご覧ください。

目標額：1000万円 期間：2011年9月30日まで
寄附金：一口10,000円 寄附の方法：郵便振替口座
口座番号：00160-8-414275
加入者名：社団法人日本リハビリテーション医学会

公益社団法人移行期間中の 代議員選挙実施に伴う 有権者名簿の作成について

お知らせとお願い

2011年8月1日以前に登録先に変更がある場合は、2011年7月末日までに会員専用Webシステムによりオンラインで事務局にご連絡ください。(詳しくはHP・学会誌48巻7号p431をご覧ください。)

<教育委員会>

今年度、教育委員会委員長を岡島康友先生より引き継ぎました。2007年度途中から教育委員会に参加し、医学生リハセミナー、コアカリキュラム、医師臨床研修制度アンケートなどを担当していましたが、これからは教育委員会全体の活動がスムーズに進むよう、正門担当理事、各委員の先生方にご協力いただきながら活動していきたいと考えています。

教育委員会では、卒前・卒後教育に関わる多くの業務を行っています。会員の皆様に関係する卒後教育では、「病態別実践リハビリテーション医学研修会」の企画運営、各種「実習研修会」への協力、生涯教育研修会の認定、「専門医受験支援講座」や「指導責任者研修指定講演」の企画などの他、現時点では、大学におけるリハ医学講座新設促進のための活動、非リハ科医に向けた研修会の企画にも関わっています。これら多くの活動は、リハ医学会の理事会、各種委員会、会員の皆様のご協力がなければ進めることができません。無理なお願いをすることもありますが、今後とも皆様の温かいご協力をお願いしたいと思います。

(委員長 芳賀 信彦)

<広報委員会>

3月11日の東日本大震災は、多大な被害をもたらしました。そうした被害に比べればはるかにささやかですが、我々広報委員会の活動にも様々な影響を与えました。これまでのような定期的な委員会の開催を行うことができず、メールを利用した会議を行いました。時間的な齟齬やメールの不確認などの問題がありました。やはり、定期的に広報委員が顔を合わせて、話し合う会議の利点を再確認しました。

震災前には、本号50号を50周年記念号として準備を行っていましたが、本号には、震災関連の特集記事を掲載することになりました。あらかじめお願いをしていた50周年記念企画に関与した方々には、ご迷惑をおかけしたことをお詫びするとともに、震災後の対応に忙しい中で原稿を執筆してくださった先生方に感謝をしたいと思います。また、速報性をホームページに求め、しばらく時間が経った状態で、震災関係のこれまでおよびこれからを顧みた記事をリハニュースに

掲載したいと考えているため、リハニュースの内容に時間的なずれが生じ、現状とは異なるのではないかと考える方もおられるかもしれません。これからもホームページおよびリハニュースのあり方について様々なご意見を伺いながら、広報委員会の役割を果たしていきたいと思えます。

(委員長 阿部 和夫)

<東北地方会だより>

東日本大震災で被災された方々に対し、謹んでお見舞い申し上げます。日本リハ医学会の里宇明元理事長はじめ関係者の皆様には多大なご支援をいただき、この場を借りて御礼申し上げます。被災地域の東北地方会会員も、厳しい状況のなか日々奮闘しており、東北地方の地域社会の再生に向け、息の長い取り組みをしていく所存です。日本リハ医学会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。

2011年3月19日(土)に第29回日本リハ医学会東北地方会(主催責任者：宮城厚生協会長町病院 水尻強志先生)が仙台情報プラザAERで開催される予定でしたが、震災の影響で中止となりました。後日に行った幹事会の評議により、2011年度代表幹事として東北大学大学院医工学研究科リハ医工学分野 出江紳一先生が、事務局担当幹事として東北大学大学院肢体不自由学分野 近藤健男先生が承認されました。

次回の東北地方会は2011年9月24日(土)、午後1時から秋田県総合保健センター大会議室(主催責任者：秋田大学大学院医学系研究科整形外科学講座 島田洋一先生)で開催されます。また、専門医・認定臨床医生涯教育研修会は2011年11月13日(日)に福島県・コラッセ福島(主催責任者：福島県立医科大学附属病院リハセンター 矢吹省司先生)で開催されます。(事務局担当幹事 近藤 健男)

<北陸地方会だより>

今回の第30回日本リハ学会北陸地方会を、2011年9月24日(土)、ホテル金沢にて開催いたします。教育研修講演として、金沢大学循環器医学専攻の大竹裕志先生による「重症下肢虚血の診断・治療の最前線」では、下肢虚血の診断から

最新の血管内治療を含めた治療および合併疾患に関して、神戸大学リハビリ科学領域の三浦靖史先生による「RA治療新戦略とリハビリテーション」では、RAの新しい分類・治療・寛解基準に基づく、リハを含めた治療戦略について、それぞれご講演を予定しております。両疾患における診断から治療までの最新トピックスを学べるよい機会だと思います。多くの皆様のご参加をよろしくお願い申し上げます。一般演題の締切は8月19日(金)です。毎回、様々な領域の発表があり、発表者も若手からベテランまで幅広く、また、最近は初めて発表される先生方の演題も増えています。活発な討議となることを期待しております。(事務局幹事 中川 敬夫)

＜北海道地方会だより＞

今回の第24回日本リハ医学会北海道地方会ならびに専門医・認定臨床医生涯教育研修会は、2011年10月22日(土)13:00～17:00の予定で、北海道大学医学部学友会館フラテで開催いたします。詳しくはHPをご参照ください(<http://web.sapmed.ac.jp/reha-tihoukai/>)。専門医・認定臨床医生涯教育研修会は、関西医科大学附属滝井病院の菅俊光先生に「周術期の呼吸リハビリテーション」、旭川医科大学の大田哲生先生に「脳卒中リハビリテーションの新たな展開」のご講演をしていただきます。

国公立大学のリハ科教授はまだ少数ですが、この春、旭山動物園でも有名な北海道旭川市にあります旭川医科大学にリハビリテーション科が設置され、大田哲生教授が就任されました。これを機に北海道全体のリハ医療が大きく飛躍するべく、新教室を応援しようと盛り上がっているところです。地方会でも新しい取り組みや改革を進めていくことになり、今まで行ってこなかった調査や研修会、札幌以外での地方会開催なども検討中です。次回の地方会は紅葉の時期ですので、他地区からのご参加もお待ちいたしております。

(代表幹事 石合 純夫)

＜関東地方会だより＞

第48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、千葉県千葉リハビリテーションセンターの吉永勝訓先生が会長をされ、2011年3月19日(土)に開催予定でしたが、震災の影響を受け中止といたしました。周知期間が短く、中止を知らずに当日会場にいらした先生方には、心からお詫び申し上げます。

第49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、防衛医科大学校リハ部の小林龍生先生が会長をされ、9月10日(土)に東京大学山上会館(本郷キャンパス内)にて行う予定です。前回は震災で中止になった後の仕切り直しの会になります。一般演題での活発なご参加・討議を期待しています。研修会では、出江紳一先生(東北大学大学院医工学研究科リハ医工学分野教授)に「運動表象をターゲットにした治療戦略の応用」、長谷公隆先生(慶應義塾大学医学部リハ医学教室准教授)に「片麻痺歩行に対する運動療法の展開」のご講演をいただきます。いずれもご高名な先生による興味深い内容ですので是非ご参加ください。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。(代表幹事 芳賀 信彦)

＜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、よろしくお願い致します。

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)

＜中国・四国地方会だより＞

第28回中四国地方会学術集会と専門医・認定医生涯教育研修会を2011年12月4日(日)に岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館(きらめきプラザ)で開催いたします。中四国地方会学術集会は年2回開催され、そのうち1回は岡山・広島でこれまで開催しており、今回は岡山市(川崎医科大学附属川崎病院担当)で開催することになりました。午前は一般演題発表を行い、午後から生涯教育研修会を開催する予定です。医療法人社団輝生会理事長の石川誠先生と医療法人永広会島田病院理事長の島田永和先生にご講演をいただく予定です。詳細は、日本リハ医学会中国・四国地方会事務局のホームページ(http://www.geocities.jp/tyusi_rehab/)をご覧ください。多くの皆様のご参加をよろしくお願い申し上げます。(第28回地方会学術集会会長 石井 雅之)

＜九州地方会だより＞

第30回九州地方会学術集会は、服部幹事(長尾病院・院長)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で開催されます。午前の一般演題に引き続き、午後の教育研修会では若林秀隆先生(横浜市立大学附属市民総合医療センターリハ科・助教)に「リハビリテーション栄養の考え方と実践」を、白倉賢二先生(群馬大学大学院医学系研究科リハ医学分野・教授)に「スポーツ障害のリハビリテーション」、そして中西亮二先生(熊本機能病院・副院長)に「パーキンソン病のリハビリテーション—臨床現場の実例—」をご講演いただきます。講演はそれぞれ認定臨床医を目指される先生の教育研修講演にも該当します。開催の詳細は九州地方会ホームページ<http://kyureha.umin.ne.jp/>をご覧ください。抄録集は開催約1カ月前には上記URLからダウンロード可能となります。多くの会員の皆様のご参加を心からお待ち申し上げます。

次々回、第31回学術集会は大隈幹事(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:本年10月にオープン)で開催の予定です。(事務局担当幹事 下堂 蘭 恵)

2010年度 論文賞受賞者紹介

最優秀論文賞

千田 譲

名古屋大学医学部神経内科



このたび、年間最優秀論文という名誉ある賞をいただき大変光栄に思っております。同時に、このような臨床研究をご評価いただいたことに少し驚いております。

本論文は代務先である上飯田リハビリテーション病院で行った研究です。急性期脳梗塞の現場から大学研究機関に移った際、初めて回復期リハの現場を経験し、脳梗塞リハには急性期・回復期両方の視点に立った医療が必要であることに気がきました。2007年よりデータ収集を開始し、2年分で一定の結果が揃い論文化いたしました。

本論文発表をご許可いただいた名古屋大学神経内科祖父江元教授・医局員諸先生方、上飯田リハビリテーション病院の共著者も含めたスタッフ一同に改めて御礼申し上げます。また査読の際は編集委員の先生方に多くの貴重なアドバイスをくださり、論文文化へ導いてくださったことに併せて感謝いたします。

私はリハの世界に参加させていただいてから日も浅く、会員の皆様にはご教示いただくことが多々ありますが、今後微力ながらもリハ医学にお役に立てるように行動して参りたいと考えています。

略歴：1999年3月名古屋大学医学部卒業、同年4月名古屋第二赤十字病院初期研修医・2001年4月同病院神経内科勤務を経て、2005年4月名古屋大学医学部大学院神経内科学入学（2009年3月修了）。2009年1月より名古屋大学医学部神経内科医員。

最優秀論文

種別：原著

著者名：千田 譲、伊東 慶一、濱田 健介、小竹 伴照、岸本 秀雄、祖父江 元

題名：脳梗塞病型別にみた回復期リハビリテーション成績の検討—MRI脳白質病変との関係—

掲載号：Jpn J Rehabil Med 2010；47（8）：559-568

優秀論文賞

大熊 るり

初台リハビリテーション病院
（現 調布東山病院）



優秀賞にお選びいただき、大変光栄に存じます。難産の末に誕生した論文でしたので、喜びもひとしおです。

気管切開へのリハアプローチに対する思い入れの原点は、聖隷三方原病院で藤島一郎先生にご指導いただいた日々にあります。気切孔やカニューレが患者さんに及ぼす影響の甚大さを痛感し、嚥下チームとして何ができるのか悩み抜きました。

その後、初台リハビリテーション病院の回復期リハ病棟で多くの気切患者さんの治療に携わり、リハチーム、とりわけリハ科医の努力と判断により、かなりの患者さんのカニューレが抜去可能であるという印象を持ちました。これをどうにかデータ化して形にしたい、という思いからこの論文が生まれました。

気切のある重症症例のリハは、リハ科医の「腕のみせどころ」です。と同時に、個々のリハ科医の熟練度やセンスに左右されることなく、安全かつ速やかにアプローチができるようなプロトコルが必要であり、その作成が今後の課題です。5月から職場が変わりましたが、今後も患者さんが快適に生活できる道を探りつつ、臨床に取り組んで参ります。

略歴：1993年東京慈恵会医科大学医学部卒業。同大学リハビリテーション医学教室入局。1995年東京都リハビリテーション病院、1996年聖隷三方原病院リハ診療科、2000年慈恵医大第3病院リハ科、2002年初台リハビリテーション病院、2011年5月より調布東山病院に勤務。

優秀論文

種別：原著

著者名：大熊 るり、木下 牧子

題名：回復期リハビリテーション病棟における気管切開患者の転帰

掲載号：Jpn J Rehabil Med 2010；47（1）：47-53

奨励論文賞

田中 貴志

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



このたびは、私のような若輩者がはからずもこのような栄誉ある賞を受けることになり、身にあまる光栄であることと感激しております。

嚥下造影についての安全性については臨床的には周知されている通りでございますが、実際に胸部X線にて呼吸器合併症との関連を研究された例はなく、今回この研究に携わったことにより、改めて安全性を認識し、患者さんと接することが可能になった、と考えております。私にとって初の論文がよもやこのような賞を受賞するとは全く想像しておりませんでした。今もまだ信じられない、といった思いがあります。

これからは、この受賞に満足することなく、これまで以上に精進を積み、皆様のご期待に背くことのない作品を書いていきたいと念じております。いままでと変わらぬご支援のほどをお願い申し上げます。

最後に、この紙面を借りてご指導を賜りました加賀谷准教授、才藤教授を始めとする医局員の先生方に厚く御礼申し上げます。

略歴：2006年島根大学医学部卒業後、同医学部附属病院にて初期臨床研究をつみ、藤田保健衛生大学リハビリテーション医学I講座入局、その後刈谷豊田総合病院、藤田保健衛生大学七栗サナトリウム勤務後、2011年度より藤田保健衛生大学病院に勤務し現在に至る。

奨励論文

種別：短報

著者名：田中 貴志、加賀谷 斉、横山 通夫、才藤 栄一、馬場 尊

題名：嚥下造影検査後の早期呼吸器合併症についての検討

掲載号：Jpn J Rehabil Med 2010；47（5）：320-323

2010年度 外国人リハ医交流記

● Young-Hee Lee, M.D., Ph.D.

Professor
Department of Rehabilitation Medicine
Yonsei University Wonju College of Medicine, Korea

It was my great opportunity to visit Kurume and Fukuoka on December 3rd to 6th as a Traveling Fellowship provided by JARM. I was very excited of my first visit to Fukuoka area. Thankfully, Dr. Shiba (Professor, Division of Rehabilitation Medicine, Kurume University) came out in person to greet me at Fukuoka international Airport.



Firstly, Dr. Shiba took me to Fukuoka Sanno Hospital, a private hospital newly opened in 2009. Dr. Kuninori Takagi, Chairman of IHW group, gave me kind introduction of the hospital and International University of Health and Welfare. Sanno hospital has about 200 beds, and known as one of the most brilliant hospital in Japan. Particularly, I was impressed that the rehabilitation area was quite roomy (1,400m²) and had wonderful view as well. Swimming pool with three 20m lanes seemed also very helpful for rehabilitation program.

The following destination on my itinerary was Kurume University Hospital. Dr. Shiba introduced me to Dr. Kensei Nagata, Dean of School of Medicine. He also guided me to ER system of the hospital and I had a chance to see the doctor helicopter system. I was really impressed to know that there are designated physical therapists in ER and ICU, which is very unusual in Korea. I am sure that PT service in ER and ICU is essential for good recovery of the patients.

I then moved to Kurume University Rehabilitation Center and attended the conference of Dr. Shiba's research laboratory. They presented their current research topics, such as automatic motor point mapping system using multichannel electrical stimulator and Hybrid Training System that improves insulin resistance. I was very excited to see that researchers and colleagues seemed quite productive and enjoyed their academic activities.

On December 4th, I participated in the annual conference of Japanese Functional Electrical Stimulation Association (JFESA). 13 topics about FES and related subjects were presented, and very lively and informative discussions took place. I made one hour lecture, titled "How will the FES function well? -Make the better use of noninvasive electrical stimulation". I was really happy to see my academic friends in Japan, Prof. Handa, Prof. Seki, Prof. Shiba and other colleague, and had useful discussion with them.

On Dec. 5th, Dr. Shiba took me to Yame Rehabilitation Hospital, which was located about 30 minutes away from Kurume and had about 200 beds. Dr. Yanagi, vice chairman, kindly showed me facilities and program of hospital. I was impressed once again to see that the medical personnel including the therapists worked with enthusiasm to help elderly patients.



To conclude, I am very grateful that JARM provided me with this excellent opportunity to have valuable experience about the rehabilitation approach and service in Japan. Finally, I really appreciate Professor Shiba and all colleagues for their kind supports.

● Neil Segal, M.D., M.S.

Associate Professor
Department of Orthopaedics & Rehabilitation
The University of Iowa, USA

My visit to Japan began on December 16th, 2010 and concluded on December 21st, 2010. My visit began in Tokyo, where Dr. Haga provided me with a fascinating history of the origins of rehabilitation with Dr. Kenji Takagi's establishment of Seishi Ryogo-En in 1937, followed by the founding of JARM in 1963 and the tremendous growth in rehabilitation services at Tokyo University Hospital. I had the opportunity to learn from Dr. Haga about rehabilitation for several rare diseases in a spacious rehabilitation gym and I gave a talk about The Role of Quadriceps Strength in Risk for Incident and Progressive Knee Osteoarthritis.



I then went to Osaka, where Dr. Saura provided me with a wonderful tour of the rehabilitation facilities that he serves. I was impressed that, even without a Physical Medicine and Rehabilitation residency, the rehabilitation physicians whom I met provide very thoughtful rehabilitation prescriptions and programs. The facilities are beautiful and the prosthetics and orthoses museum is a great resource for learning the principles and practice of amputee care. I was most surprised by the lengths of stay for tetraplegia being 12 months, paraplegia being 6 months and hip fracture being 3 months, as all of these are approximately 12-times the length of stay in the United States. I think that the optimal length of stay may be somewhere between these, and hope that we can learn from each other's systems of care. My talk about Musculoskeletal Ultrasound: A Tool in Physiatric Practice was followed by interesting discussion.

Following my stay in Osaka, I traveled to Kurume, where Dr. Shiba provided a tour of the beautiful facilities at Kurume University and I was impressed by the walking pool as well as the knowledge of physical therapists and the innovative equipment and re-



habilitation programs being provided. It was very enjoyable to spend time with the rehabilitation physicians and staff and I received a number of great suggestions in response to my talk, "Use It, Don't Lose It: Lessons From Masters Athletes." Meeting rehabilitation colleagues in Japan, I noticed many ways in which physiatrists in the United States could learn from the innovative rehabilitation technology and clinical approaches of Japan. I also could envision opportunities for collaborative research that would enable rehabilitation specialists in both countries to advance our field. I remain very grateful for the opportunity to meet and learn from Drs. Haga, Saura, and Shiba as well as the many other people that I met during this stay and appreciate the generous vision of the Japanese Association of Rehabilitation Medicine that made this possible.

I hope for more continued, productive discussion on the topic of rehabilitation medicine with him.

◆はじめに

当会は故竹中文良が、10年前に始めたがん患者支援NPOです。アメリカに広く展開しているがん患者支援組織ウェルネスコミュニティの日本支部として発足しました。がん患者さんにとって治療の苦痛や再発の不安、死の恐怖に向き合うには、ご家族やご友人の支え以外にも、同じ病と向き合う仲間たちとの交流を通じ希望を得て、回復の可能性を高めていくことが重要です。そのためのシステムの主体は、がん患者さん同士が語り合うサポートグループで、臨床心理士、ソーシャルワーカーや看護師といった専門のファシリテーターが司会をします。このような語り合いの有用性は医学的にも次第に認知されてきています。またストレスに打ち勝つための補完療法として、座禅、ヨーガ、自律訓練法、自己催眠法、ハーブ&アロマセラピーなども提供してきました。またがん治療法の多様化、医療情報の氾濫により、混乱されるがん患者さんも増えています。医療機関も何とかがんばっているものの、きめ細かい対応は困難です。当NPOのセカンドオピニオンでは、わが国での多忙な診療の中で、十分な説明理解が得られないまま治療を受けている方のために、複数の医師が、がん患者さんあるいはご家族の相談にのっています。これらのプログラムの提供により、がん患者さんのQOLの向上、不安の解消に役立てればと、活動を続けており、すでに会員数はのべ1,600名を超えています。

◆がん医療の現状

がん医療は、がんという病気を治す積極的治療法の研究、開発を目的として進んできました。外科的治療はminimum invasive surgery（低侵襲手術）が主流となりつつあり、放射線療法も疾患によっては手術と同等の効果が得られるようになり、がん患者さんの負担は軽減しています。また内科的治療法では、新規抗がん剤の開発、副作用対策の進歩により、外来通院しながら治療することがあたりまえになりました。そして分子生物学の進歩にともない、さらなる治療薬の開発が期待されます。病気をみるより遺伝子をみるという時代がきつつあります。この流れの中で心配なこともあります。精神的なことを含めた、がん患者さんに対するトータルケアがおろそかになっていないかということです。がん患者さんに対しては、身体症状、精神症状、社会的問題、スピリチュアルな問題などに対するトータルなケアが必要とされています。高齢化にともなうがん患者さん増加のなか、これらに対する医療機関の対応は残念ながら不十分なのが現状です。

◆がんリハビリテーションへの期待

以下は消化器がんの大きな手術をされた会員

リハ医 への 期待

第9回

がんのリハビリテーション

NPO法人がんサポートコミュニティ（ジャパン・ウェルネス）副理事長

柳沢博

の方の話です。手術のやり方、危険な合併症については詳しく話を聞き、納得して手術に望まれたそうです。手術は成功しました。大きな合併症もなく経過し順調に退院されました。が、手術前と全く身体が変わってしまったとおっしゃいます。これは臓器摘出後の再建術により、身体の機能が全く変わってしまったためと思われます。どのような機能の変化がくるのか、またそれはどのような訓練で改善していくのか？このことに対する医師の説明はきわめて不十分だったようです。この場合、機能変化に対するリハもありうると思うのですが、なかなか十分な対応をしてくれる病院はありません。もっと単純な術後のリハすら行われていない病院もあるのではないのでしょうか。術前からの予防的リハについては言うまでもありません。

さらに、進行がんの方に対する機能維持のリハも重要なのですが、医師やセラピストの中にはその意義を認識されていない方もいます。がんの進行により低下していく患者さんの日常生活動作（ADL）を、改善できないまでも維持していくことはとても大切だと思いますがいかがでしょうか。進行がんの患者さんは、治療の選択肢が限られてきます。最終的には、医師にあなたに対してすることは何もありません、と言われてしまうことがあります。このような状況において、先の見えない患者さんの苦痛は計り知れないものがあります。がんそのものの治療法はないかもしれませんが、身体の具合の調整をする緩和医療、そしてADLの維持をはかるリハもできることの一つでしょう。そういう意味でリハは、がん患者さんに対する身体的サポートであると同時に大きな精神的サポートにもなりうると思います。

2010年の診療報酬改定により、がん患者リハ料200点が新設されました。がん手術の術前リハ、また緩和ケア主体の進行がん、末期がん患者さんに対するリハが“がんのリハ”として認められているところがポイントでしょう。施設基準として、所定の研修を受けた医師、理学療法士、作業療法士などが配置されていることとされています。今後がん診療拠点病院を中心に研修終了施設が徐々に増え、がんリハの普及啓発、そして実践へと一気に加速して欲しいものです。

◆おわりに

当NPO創始者竹中はよくがん患者さんに真夜中のドライブの話をしました。真っ暗闇で遠くは見えなくとも、ヘッドライトが届くところまで勇気を出して行こう。それから先は、行った時点で考えようと。今後、がんのリハビリテーションが暗闇でライトを照らす役割を果たしていただけることを期待しています。

専門医会コラム

日本専門医制評価・認定機構の専門医制度推進支援事業 —研修施設訪問調査に関して—

専門医会幹事長

菊地 尚久

日本専門医制評価・認定機構専門医制度推進支援事業 WG 委員

2010年度の(社)日本専門医制評価・認定機構(以下、専認構)の社員総会にて「我が国の専門医制度の基本設計」(表)が承認されたことを受けて、専認構では患者から信頼され、我が国の医療の在り方に重要な指針を与える専門医制度の構築に向けた取り組みが行われています。その一環として基本18領域(リハビリテーション科はこれに含まれる)+外科・内科のsubspecialtyの学会に対して、研修施設の実態調査を行う研修施設委員会が設置されることになり、これまでの専門医制度評価委員会の延長として、研修施設に対して実地調査を行う予定となりました。ここでは現在までの経緯、米国の制度、実際の研修施設調査に関して概説したいと思います。

専認構では厚生労働省の事業として2009年度から専門医制度推進支援事業を開始しています。この事業の目的は「各学会が認定する専門医について、その質の確保・レベルの確保という観点から、各学会で統一基準を設け、第三者的で公正な立場で認定の仕組みを構築し、もって、医療の質の向上と医療安全の更なる推進を図ること」となっています。2009年度には1.本領域を中心とした国内の専門医制度の現況調査、2.諸外国での専門医制度調査(韓国、アメリカ、イギリス、ドイツ)、3.一般社会人15,000人を対象とした専門医像のアンケート調査、4.海外の専門医制度についてのセミナー(アメリカ、ドイツ)の事業を行いました。2010年度は2009年度を基盤として、専門医施設(研修プログラム)の評価と認定のための基盤作りを主題として事業が行われました。外国調査の結果から日本の専門医制度、特に研修施設や研修プログラムの充実にはアメリカのACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education)のシステムが手本になり得るとの判断から、アメリカでの研修施設調査、ACGMEのCEOであるNasca先生の招待講演、シミュレーションとしての全国での実地調査などの事業を行っています。

ここでアメリカの専門医制度を概説します(図)。アメリカの専門医制度は専門医制度の標準化および評価と認定を行うABMS(American Board of Medical Specialty)と研修施設・プログラムの評価・認定を行うACGMEで構成されており、それぞれは独立した存在であり、また各学会とも独立しています。ACGMEの中には各専門領域の評価委員会=RRC(Residency Review Committee)があり、この委員会が研修施設評価を行っています。各研修施設はそれぞれの専門領域ごとにプログラム申請を行い、RRCでの評価の結果、認定されれば、最長で5年間の研修を行うことが可能

となります。このプログラムは膨大な量で作成するには病院側は大変な労力を強いられることとなります。アメリカで病院が研修施設を希望する一番の理由は病院にMedicareからレジデントの教育に対して大きな予算が下りることです。すなわち比較的安い賃金でレジデントを雇えることが病院としての利点となります。このプログラムが実際施行されているかを適切に評価するのが実地調査(=site visit)となります。実地調査を行うメンバーは経験のある医師と医学部以外の大学教員などが担当しており、調査する項目と評価はあらかじめ定められており、また利害関係等の問題もあるため基本的にその領域の医師が調査員となることはないようです。

昨年度にアメリカの制度を参考として、研修施設委員会では実際の評価に必要な情報を得るためのシミュレーションを行うことになり、2011年の1~3月の期間に研修施設の調査票による書類調査と実地調査を行いました。調査に関しては18学会を6班に分け、本学会は専認構委員の四宮謙一先生を班長とし、日本整形外科学会、日本形成外科学会とともに調査を行いました。実際の実地調査には認定委員会の浅見担当理事をはじめとして、委員の先生方にもご協力いただいて、北海道、関東、九州の計4カ所の調査を行いました。調査は病院長、研修責任者、指導者、レジデントに対して以下の4つの聞き取り調査を行い、1.施設概要と研修形態、2.研修プログラム概要と指導体制、3.レジデントからの聞き取り、4.研修の成果および終了後の進路、最後に研修環境に対する施設見学を行いました。私はこのうち北海道と関東の2カ所を担当しましたが、リハ科はもともと研修施設認定をかなり厳密に行ってきていますので、調査結果は他科と比較して概してよい印象でした。ただし指導医の規定が甘い、個々の研修プログラムが明らかでないことは今後の課題であると考えています。

今後の動向としては、研修施設委員会がすでに定まっていることから、今後数年以内に専認構の研修施設認定および実地調査が実際に行われる可能性は高いと思います。これに備えて本学会では指導医規定の見直し、各施設における研修プログラムの策定などが必要になると思います。ただこの制度が私たちにとってマイナス面ばかりかというところも必ずしもそうではなく、今後は初期研修終了後にすべての研修医がいずれかの専門医研修を選択する時代になると思われますので、むしろリハ科専門医を目指す仲間を増やすチャンスとして捉えていきたいと思っています。

専門医制度の基本設計

(社)日本専門医制評価・認定機構のHPから一部抜粋)

Ⅱ. 我が国における専門医の基本構想

(専門医の定義)

1. 専門医とは我が国の医療制度の基盤をなす医師の専門性を示すもので、各々の診療領域の責任性のある標準的診療を行うことのできる技量（知識、技能、態度）を修得したと認定された医師を言う。

(専門医制度の目的)

2. 専門医制度の目的は、
 - 1) 安全で、安心な医療を提供できる質の高い医師の養成を図る
 - 2) 専門医が医療の質を担保する医療提供体制の構築に寄与することである。

(専門医制度の意義)

3. 専門医制度の意義は
 - 1) 患者が受診する際に医師の専門性を知ることができる
 - 2) 各医師が自ら修得した専門性を社会に示すことができる
 - 3) 我が国における医療レベルの向上を図れる
 - 4) 将来的には、専門医の医療行為に適確な診療報酬が担保される医療制度の基盤となることである。

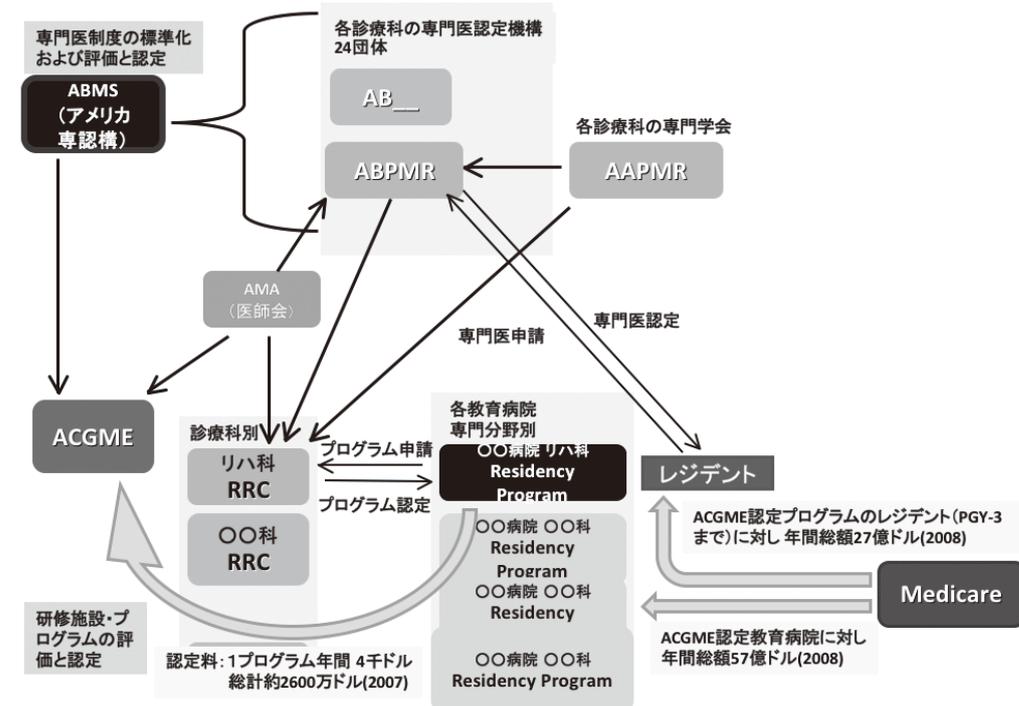
(専門医制度の基本設計)

4. 個別学会の専門医制度から診療領域の専門医制度とする。
6. 専門医を認定する母体は新たに組織する第三者機関とし、専門医の名称は新たな第三者機関認定専門医とする。

(第三者機関)

- 10-1. 新たな第三者機関に、専門医評価認定部門とプログラム評価認定部門を置く。専門医評価認定部門は、各専門医制度の標準化を図り制度評価と専門医認定を行い、プログラム評価認定部門は、各専門医制度の研修プログラムや研修施設の標準化を図り評価と認定を行う。

アメリカの専門医制度の概要



2011年度 春期・GW 医学生リハセミナーに参加して

2011年度の医学生リハセミナーには、春休み・GWに5施設11名の参加がありました。今年度は昨年度の参加者数をさらに上回りました。開催施設に感謝申し上げます。ここに参加者から寄せられた感想文を掲載いたします（順不同）。 教育委員会 医学生リハセミナー担当 石井 雅之

【鹿教湯三才山リハビリテーションセンター】

5年生の1年間、大学病院で各診療科を回り、私は様々な患者さんを担当させていただきました。実習では患者さんとのかわりには1、2週間程度しかなく、急性期の治療を終えた後、どのような治療が行われているのかとても気になっていました。大学での講義や実習でリハビリを学ぶ機会がほとんどなかったため、一度リハの現場を見学し、どのようなことが行われているのか、また医師として何が求められているのか知りたいと思い、2011年3月7日～11日の5日間、実習させていただきました。

鹿教湯病院では、一人の患者さんに対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー、義肢装具士など様々なスタッフが連携してチーム医療が展開されていました。例えば、カンファレンスでは、時間をかけて患者さんの性格、ADL、生活習慣、経済状態、家族のサポートなどいろいろなことを踏まえて、その人らしさが生かせる環境づくりやケアについてそれぞれの専門の立場から意見を出し合っていました。今までどうしても病気のことに目ばかりが向きがちで、あまり患者さんの生活について考えることをしていなかった自分を反省しました。また、リハ科医師はリハ担当に全て任せするのではなく、一人ひとりの患者さんのリスクを評価・管理すること、お互いの立場を尊重しコミュニケーションを円滑にし、何でも意見が言い合えるチームをオーガナイズする力が求められていると感じました。

三才山病院ではALSや筋ジストロフィーなど神経難病の患者さんの病棟を見学させていただきました。見学前はとてもシビアな現場を想像していました。しかし、実際は人工呼吸器をつけている患者さんが多いものの、病棟内は明るく、あまり病院を思わせぬ雰囲気がしました。また、患者さんがパソコンを駆使して、デザインや映画を楽しんだりするなど、残された機能を活用して日々の生活を楽している様子が分かりました。

今回の実習では病院内だけでなく、地域の保健・福祉の現場を見学することができました。具体的には老人保健施設や特別養護老人ホーム、グループホーム、訪問看護、訪問リハを見学させていただきました。今まで保健・福祉のことについてはあまり勉強しておらず、基本的なこともよく分かっていませんでしたが、それぞれの現場で丁寧に説明して下さったので、理解

が深まりました。訪問看護、リハでうかがった患者さんは障害を抱えながらも、ご家族の献身的な介護で病院にいらっしゃる患者さんよりもリラックスしているように見受けられました。しかし、これらのケースはあくまで理想像であり、在宅で快適に生活するには様々な問題をクリアしないと難しいことが分かりました。これからますます高齢化が進み、地域で生活する患者さんが増えることを考えると、医療は1つの病院や診療所単位で考えるのではなく、地域の福祉、介護現場も含めたトータルな視点で考えること、そしていかに情報共有を行っていくのが課題だと思いました。

5日間と限られた時間でしたが、実習を通じて様々な現場を見学し、多くの方から現場に直結した生のお話をうかがう機会を得ることができたのが、自分にとって大きな糧となりました。

【東京厚生年金病院-1】

午前中、回復期リハ病棟での見学では、患者さんのご家族との面談に同席させていただきました。大学での実習や4学部合同PBLにはない貴重な経験をすることができました。ご主人と息子さん双方の意見に理解を示し、解決策を提案するリハ科医の姿に心を打たれると共に、退院後の生活や家族の介護の問題も考えなければならぬ難しさも痛感いたしました。

午後は急性期病棟の診療を見学しました。リハ依頼の患者さんを一人ずつ診察し、本当にリハが必要かどうか、どのようなリハが必要なのかを多方面から判断し、他科の医師や患者さんに説明するところを見学させていただきました。リハを望まない患者さんや、リハが危険な患者さんを守るためにも、専門的知識と豊富な臨床経験を持つリハ科専門医が必要だということを実感しました。

また、カンファレンスだけではなく、随時、他の職種の方々と患者さんについて意見を交換なさっている場面を拝見し、職種間の垣根が低くチーム医療が円滑に行われていることが伝わってきました。

お昼の休憩時には、リハ科志望の研修医の先生に理学療法室・作業療法室などを案内してもらい、また研修生活について直接質問することができ、ホームページには載せられていない情報も得ることができました。

【東京厚生年金病院-2】

私は、脳卒中の分野の医師として働きたいと思っています。1つの信条があって、研修は、脳卒中の急性期から回復期までを一気通

貫でできる病院を選びたいと考えています。

2011年5月、東京厚生年金病院リハ科のセミナーに参加しました。朝一番の仕事は、リハ科の病棟カンファで、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士と、全スタッフで行われる生きたチーム医療でした。

この日は患者・家族との面談にも立ち会いました。退院後の自宅での生活など、社会的背景を話し合う様子は、医師と患者が「人」として対峙する理想の姿として私の目に写りました。

午後はリハ科以外の患者の摂食機能回診を見学しました。同病院の特色ある取り組みであり、歯科口腔外科の医師と一緒に行われていました。脳卒中後や術後の誤嚥性肺炎予防にも興味がある私にとって、この取り組みには感銘を受け、自分の大学病院にも薦めたい取り組みであると思いました。

一日の最後に、理学療法士の学会発表の予行を見学しました。理学療法士だけでなく、医師、作業療法士、言語聴覚士等スタッフ全員が参加し討論していました。リハ部門のレベルは、スタッフ全員のたゆまぬ学びによって支えられていると実感しました。

【東京大学】

私はまだ4年生の春休みに、学校でBSLも行っておらず知識不足な状態にもかかわらず4日間受け入れていただきありがとうございました。

リハがまずどういうものであるか、漠然とした偏ったイメージしかなかったため、実際に作業療法、理学療法などを間近で見せていただけたことや、リハを開始するにあたって客観的な評価の仕方など知らなかったのも新鮮でした。東大では急性期の患者さんのリハが中心でしたので、



4日間という実習の期間の間にリハによって患者さんが回復していく姿などは見られなかったのですが、患者さんのライフスタイルを聞き出し、目標をたてているのが医師だとは知らなかったのが驚きました。

また、先生の装具診療やリハ外来、小児整形外科外来では、大変珍しい症例の患者さんにお会いできとても刺激的でした。先生のとても丁寧な解説で、どういったことが患者さんに起きていて、それをどうやって改善していこうかということを知識がない私にも理解ができました。同じように分かりやすい丁寧な解説で小さな患者さんやそのご家族に接していらっしゃる、患者さん本人やご家族がとても納得して装具をつけたり、治療を受けたり、先生との外来でお話することでそれぞれが抱える不安を解消しているのかなと思いました。珍しい症例の患者さんほど、不安が大きく、相談できる相手は少ないのではないかと思います。先生の患者さんはそこまでケアされているのではないかなと感じました。

先生方のベッドサイドでの診察に連れて行っていただきリハは本当にどのような科でも必要になるということを実際に見学させていただくことができました。急性期の病院だと難しいと思いますが、治療して、そこでおしまいでなくライフスタイルや家庭環境など患者さん一人ひとりに寄り添った医療であるリハは患者さんにとってはそこから社会に戻っていくために本当に大切であると思いました。学校のBSLではまわらない科であるのでリハについて考えるととても良い機会になりました。

【藤田保健衛生大学&七栗サナトリウム-1】

3日間リハ科医について見せてもらい、リハ科医の立ち位置や必要性についてより深く知ることができました。

【藤田保健衛生大学&七栗サナトリウム-2】

本当に3日間親切に教えてもらい、体験もいろいろな分野でさせてもらえたので充実した日程で過ごせました。先生たちから聞いた実際のおもしろく深い話も大変ためになり、驚きと新たな発見でした。



【藤田保健衛生大学&七栗サナトリウム-3】

リハのイメージとして、歩行訓練や食事介助をすると思っていました。しかし、患者さんのQOL向上のために行う訓練に様々な前準備が必要ということが分かりました。錐体路異常でも、精神的な疾患、消化器系の疾患……どの病気ともつながっていることを体で感じるのができ良かったと思います。今回体験して思ったことは、実際に行うことに喜びを感じたことで、ただ見ているだけでなく、ふれるのができ良かったです。リハの患者さんには嚥下に問題があったり、歩行が困難であったりと症状が様々で、その方にあわせた医療を行わなければならないため、様々な技術が必要であることと同時に、医者間で自分の手技の向上を行わねばなりません。そういった点から、リハ科医は大変だと思いました。患者さんやその方の家族との接点が多い科であり、他の医療者との連携が必要とされる科であることが分かりました。今後の学習に生かしていきたいと思います。

【藤田保健衛生大学&七栗サナトリウム-4】

リハ科がこんなに奥深いとは思っていませんでしたが、いろいろな発見があり新鮮でした。まだ大学で授業をやっていないのですが、今回でとても興味がわきました。

リハ科医のおもしろさがとてもよく分かる実習でした。リズムやミラー訓練を見させていただき、リハの可能性は無敵大だと思いました。また先生方の受け持ち患者さんと直接お話をさせていただいて、患者さんの状態やお気持ち少し分かった気がしました。もう少し欲を言わせていただければ、言語聴覚士の仕事をされている様子をもっと見たかったです。筋電図では、神経を探すのに時

間がかかり、被験者に申し訳ないなと思ったのと同じに、自分もされてみて患者さんは苦痛だろうなと思いました。いろいろと先生方に教えていただいた中で分からないことばかりで、特に一度勉強した解剖の知識がゴツゴツ抜けていることに焦りました。今回とてもモチベーションが上がったので、帰ったらよく勉強しようと思いました。きっとリハ科医は今回私たちが見たような楽しいだけのお仕事ではないのだろうと思いますが、将来の1つの選択肢の1つとして真剣に考えてみたいと思いました。

【藤田保健衛生大学&七栗サナトリウム-5】

参加型の内容で楽しく学ぶことができました。リハ医療の最先端の方々と交わることができ刺激的でした。半側空間無視、リズム体験が印象的でした。学校でのポリクリとはまた違った体験ができ、リハ医学への興味が高まりました。また、ぜひセミナーに参加したいです！2日間大変お世話になりました。

【藤田保健衛生大学&七栗サナトリウム-6】

初めてリハの現場を見学・体験させていただき、全てが患者さんのQOLを考える立場から成り立っていることを実感でき、興味が強くなりました。実際に病棟を見学させていただいて、患者さんがベッドから起き上がり、部屋の外で過ごせる環境作りの大切さを感じることができました。リハというとお年寄りが辛そうにしているイメージが強かったのですが、訓練室でも廊下でも、みなさんが積極的に少しでも回復したいという思いをもってリハに取り組んでいらっしゃるように感じました。筋電図やリズム、ミラーやIVESなど患者さんが実際にどんな体験をされているのか、自分の身をもって知ることができて良かったです。また、PT・OTの方とリハ科医の仕事の違いや、PT・OT、リハ科医の（グループ）チーム医療のあり方が少し理解できたように思います。来月ポリクリでリハ科を回るのがとても楽しみになりました。今回たくさん体験させていただいたことを大切に、病気から社会的不利まで考えられるようになっていきたいです。

第52回 日本神経学会学術大会

第52回日本神経学会学術大会は、名古屋大学医学部神経内科学の祖父江元教授を会長に、「病態から治療へ一次の50年の進歩を目指して」をメインテーマに、5月18日から20日まで名古屋国際会議場で開催されました。3月11日の東日本大震災のため、学術大会開催が一時危ぶまれましたが、多数の会員が参加をし、熱心な発表と質疑応答がかわされ、盛況でした。

また、震災関連の企画が急遽追加され、代議員会・社員総会での被災地選出代議

員・会員からの経過と現状報告、大会に会わせて急遽行われた、インターネット回線により現地で活動をしている会員も参加する「東日本大震災緊急フォーラム」なども行われました。

本学術大会の特徴として、大会前日の17日より終了後の21日まで連日、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、などの関連職種を対象とした講演、脳卒中、パーキンソン病、認知症、などの神経疾患を取り上げた市民公開講座、リハ医学など

の神経内科関連領域を取り上げたシンポジウムなどが行われ、多数の参加者がありました。さらに早朝から夜間までの長時間におよぶ教育講演を含む多種多様なプログラムが開催され、まさに、サブテーマである「朝から晩まで神経内科」が実践されていました。近隣諸学会との共同企画であるEast Asian Neurology Forumも開催されて、神経内科を堪能できる素晴らしい学会でした。

(大阪保健医療大学 阿部 和夫)

当院は浜松駅から北へ約10kmの小高い山に建つベッド数603床を有する大学附属病院であり、特定機能病院の指定を受けています。リハ部の陣容は、医師4名で、うちリハ指導医兼リハ科専門医2名、リハ科専門医1名。またコメディカルスタッフとして理学療法士10名、作業療法士4名、言語聴覚士3名の計17名が在籍しています。1974年の開学当時からリハ室として細々と行っておりましたが、やっと2006年4月よりリハ部、リハ科として独立してから、国立大学の独立法人化とともに患者数、療法士数も右肩上がりになってきました。

リハの内容は大学病院の性格上急性期のリハが中心であり、対象疾患も整形外科疾患、脳血管障害はもちろんのこと、内科的疾患、外科の術後、小児疾患など広範囲であります。

大学卒前教育も、系統講義3コマのほか、臨床実習も5年生の時に行われる隔週半日の実習のほかに6年生になって行われる選択臨床実習が2週間あります。その甲斐あってか最近はり

ハ科医を志してくれる若手医師も多く、昨年、今年と1名ずつ入局しています。

近隣の病院、特に回復期リハ棟をもつ病院との連携にも力を入れており、地域リハの中核としての性格も兼ねています。また静岡県西部地区の療法士養成校からの臨床実習も積極的に受け入れ、療法士教育を通じて地域リハの質の維持・向上に努めています。

研究にも力を入れており、学会、論文発表はもちろんのこと、産学共同研究にも積極的に取り組み、静岡大学工学部と協力して、靴の中敷き、座クッション、マット、ベッドなどの研究も進めています。

臨床面においても、全診療科からの入院リハの依頼を受け付けており、毎日120～140名程度の患者のリハを行っています。切断や脳血管障害後の患者に対しても、装具義足の専門外来を行っており、足部の変形には適宜フェノール、キシロカイン、ボツリヌスなどを用いてブロックも行っています。また嚥下造影（VF）などを適



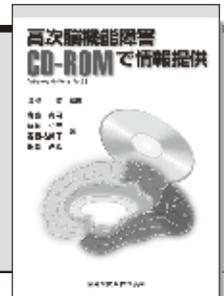
浜松医科大学附属病院
リハビリテーション部

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山1-20-1
TEL 053-435-2746 FAX 053-435-2747
URL : http://www.hama-med.ac.jp/hos_index.html

宜施行して、この結果をもとに院内のNST（栄養サポートチーム）とも協力して、院内患者の嚥下能力の向上に貢献しています。大学病院ゆえ、院内での取り扱う疾患は多岐にわたっており、附属病院内の縁の下の力持ち的な役割を十分担っていると自負しております。また今後も地域リハへ積極的に貢献していく所存です。（美津島 隆）

●高次脳機能障害者の社会参加に役立つ1冊！

高次脳機能障害 CD-ROMで情報提供



◆渡邊 修 編著／廣實真弓・斎藤和夫・斎藤祐美子・細見みゑ 著
◆B5判 2色刷 96頁 定価4,620円(本体4,400円 税5%)

◀最新刊▶

(ISBN978-4-263-21378-0)

●高次脳機能障害に起因する日常生活上の問題点(生活場面で呈する症状)とその対応策を列記し、必要な項目を取捨選択して、第三者へ平易に伝える情報提供書作成に役立つ。

●上肢の片麻痺評価尺度として著名な3つの評価法に関するマニュアル

上肢リハビリテーション 評価マニュアル



◆藤原俊之 監訳
◆A5判 2色刷 144頁 定価4,410円(本体4,200円 税5%)

◀最新刊▶

(ISBN978-4-263-21865-5)

●上肢の片麻痺評価として著名なFugl-Meyer test, Action Research Arm test, Box and Block testのマニュアル。



天明の昔からタケダはずっと
日本人の健康を守り続けています。

タケダの願いは「優れた医薬品の創出を通じて、
人々の健康と医療の未来に貢献する」こと。
ライフスタイルの変化に伴う様々な生活習慣病から日本人を守る
ためにタケダはこれからも、様々な取り組みを続けていきます。



2011年、タケダは
創業230年

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

創薬 処方せん医薬品※ 薬価基準収載

ユニシア®配合錠HD
(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)

メラトニン受容体アゴニスト

処方せん医薬品※ 薬価基準収載

ロゼレム®錠8mg
(ラメルテオン錠)

選択的DPP-4阻害剤【2型糖尿病治療剤】

処方せん医薬品※ 薬価基準収載

ネシーナ®錠
(25mg, 12.5mg, 6.25mg)
(アログリプチン安息香酸塩錠)

骨粗鬆症治療剤 骨ページェット病治療剤

創薬 処方せん医薬品※ 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)

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、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。

〔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/>

2011年5月作成

「脳と音楽」そして「脳と音楽療法」

新刊書のご案内



「脳」レクチャー・シリーズ
第3弾

脳を学ぶ 3

アンサンブル・グループ「ブーケ・デ・トン」との対話

森岡 周・齊藤佐智江・猿渡紀子・飯島多恵 ● 著 付録音楽CD (演奏ブーケ・デ・トン)

● A4 変形判 / 144 ページ / 定価 3,990 円 ISBN 978-4-7639-1063-9

奏法、音楽イメージ、音楽教育といったテーマの切り口に音楽家たちと対話を行い、「音楽」を創造する脳の働きを、最新の知見をもとにレビューする。バロックから日本の音楽まで幅広いレパートリーをもつ彼女たちの演奏を付録CDに収録 (全11曲、約30分)。

音楽CD付録

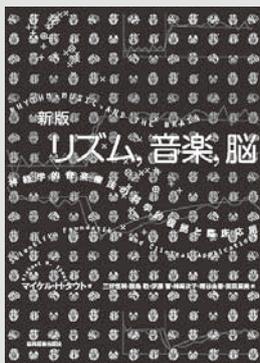
新版 リズム, 音楽, 脳

神経学的音楽療法の科学的根拠と臨床応用

マイケル・タウト ● 著 三好恒明・頼島 敬・柿崎次子・伊藤 智・糟谷由香・柴田麻美 ● 訳

● B5 判 / 224 ページ / 定価 5,250 円 ISBN 978-4-7639-1062-2

音楽はなぜ治療に役立つのか…その神経科学的根拠を膨大な研究の検証をもとに示す。さらに音楽セラピーの方法を治療目的ごとに分類し、実施方法を具体的に示した「神経学的音楽療法」の記念碑的労作。



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/>

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11月2日(水)、3日(木・祝)、幕張メッセ(千葉)、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。
※第48回学術集会の延期に伴う2011年度専門医認定試験申請の要件については学会誌48巻6号p358をご参照ください。

【専門医会】(40単位)

第6回リハビリテーション科専門医会学術集会：12月10日(土)～11日(日)、神戸国際会議場、代表世話人：菅 俊光(関西医科大学附属滝井病院)、事務局Tel&Fax 075-315-8472

【地方会】

●第29回中部・東海地方会等(30単位)：8月27日(土)、大正製薬(株)名古屋支店、近藤和泉(国立長寿医療研究センター機能回復診療部)、Tel 0562-46-2311、Fax 0562-44-8518

●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

●第49回関東地方会等(30単位)：9月10日(土)、東京大学山上会館、小林龍生(防衛医科大学校病院リハ部)、Tel 04-2995-1511、Fax 04-2996-5223、演題締切：7月31日(日)

●第31回近畿地方会等(40単位)：9月17日(土)、中外製薬(株)大阪支店、福田寛二(近畿大学医学部整形外科・リハ科)、Tel 072-366-0221、Fax 072-366-8808、演題締切：8月5日(金)

●第30回東北地方会等(30単位)：9月24日(土)、秋田県総合保健センター、島田洋一(秋田大学大学院整形外科学講座)、Tel 018-884-6148、Fax 018-836-2617

●第30回北陸地方会等(30単位)：9月24日(土)、ホテル金沢、染矢富士子(金沢大学医薬保健研究域保健学系)、Tel 076-265-2624、Fax 076-234-4375、演題締切：8月19日(金)

●第24回北海道地方会等(30単位)：10月22日(土)、北海道大学医学部学生会館フラテ、生駒一憲(北海道大学病院リハ科)、Tel 011-706-6066、Fax 011-706-6067

【専門医・認定臨床医生涯教育研修会】

●中部・東海地方会(30単位)：9月10日(土)、静岡グランドホテル中島屋、藤島一郎(浜松市リハビリテーション病院)、Tel 053-471-8331、Fax 053-474-8819、申込締切：9月5日(月)

●関東地方会(20単位)：10月1日(土)、新潟大学医学部有壬記念館、木村慎二(新潟大学医歯学総合病院総合リハセンター)、Tel 025-227-0308、Fax 025-227-2743

●近畿地方会(30単位)：10月15日(土)、兵庫

医療大学オクタホール、野崎園子(兵庫医療大学リハ学部)

●近畿地方会(20単位)：11月5日(土)、生田神社社会館、村尾 浩(神戸学院大学総合リハ学部医療リハ学科学療法学専攻)、Tel 078-974-1551(代)、Fax 078-974-2097

【2011年度実習研修会】(20単位)

◎全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会企画第9回医師研修会(120名)7月30日(土)～31日(日)、チサンホテル新大阪、事務局：初台リハビリテーション病院、Tel 03-5365-8529、Fax 03-5365-8538

◎第9回小児のリハビリテーション実習研修会(脳性麻痺を中心に)(30名)9月8日(木)～10日(土)、秋田県立医療療育センター、担当：伊藤芳夫、Tel 018-826-2401、Fax 018-826-2407

◎病態別実践リハビリテーション医学研修会(各100名)大手町サンケイプラザ、申込方法：学会HPよりオンラインによる申込受付。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 大野謙一、Fax 03-3942-6396、E-mail: k-ohno-sun@hhc.eisai.co.jp

◎骨関節障害：9月10日(土)、小林一成(東京慈恵会医科大学第三病院)。神経系障害：10月15日(土)、野々垣学(横須賀共済病院)

◎義肢装具等適合判定医師研修会(第69回)(100名)前期/8月10日(水)～12日(金)、後期/12月7日(水)～9日(金)、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

◎第15回義手・義足適合判定医師研修会アドバンス・コース(12名)1回目/9月11日(日)～12日(月)、2回目/10月17日(月)、岡山国際交流センター・岡山労働基準監督署、吉備高原医療リハビリテーションセンター総務課、Tel 0866-56-7141、Fax 0866-56-7772

◎第4回(2011年度第1回)嚥下障害実習研修会(若干名、先着順)(3月延期分)9月24日(土)～25日(日)、浜松市リハビリテーション病院・聖隷三方原病院・聖隷浜松病院、担当：山田、Tel 053-471-8331、Fax 053-474-8819、申込開始：8月1日

◎第14回臨床筋電図・電気診断学入門講習会(40名)10月1日(土)～2日(日)、慶應義塾大学医学部信濃町キャンパス新棟、担当：長谷・鈴木、Tel 03-5363-3833、Fax 03-3225-6014

◎職業リハビリテーション研修会(20名)10月30日(日)～31日(月)、1日目：岡山国際交流センター、2日目：吉備高原医療リハビリテーションセンター、吉備高原医療リハビリテーションセンター総務課、Tel 0866-56-7141、Fax 0866-56-7772

◎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(予定)

◎第5回(2011年度第2回)嚥下障害実習研修会嚥下障害実習研修会(30名)2012年2月25日～26日(2日間)浜松市リハビリテーション病院ほか(予定)

◎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(予定)

◎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(予定)

【関連学会】(10単位)

●第36回日本脳卒中学会総会：7月30日(土)～8月1日(月)、京都国際会館、内山真一郎(東京女子医科大学神経内科)、事務局Tel 03-5216-5318、Fax 03-5216-5552

●日本摂食・嚥下リハビリテーション学会チャリティーセミナー：9月2日(金)、名古屋国際会議場白鳥ホール、事務局：小野木啓子、Tel 052-848-6570(教育講演受講10単位)

●第22回日本末梢神経学会学術集会：9月2日(金)～3日(土)、沖縄コンベンションセンター、金谷文則(琉球大学大学院医学研究科整形外科学講座)、Tel 098-895-1174、Fax 098-895-1424

●第70回日本脳神経外科学会総会：10月12日(水)～14日(金)、パシフィコ横浜、嘉山孝正(山形大学医学部脳神経外科)、Tel 023-628-5349、Fax 023-628-5351

●第28回日本脳性麻痺の外科研究会：10月22日(土)、くまもと県民交流会館パレオ、世話人：池田啓一(熊本リハビリテーション病院)、Tel 096-232-3111、Fax 096-232-3116

●第27回日本義肢装具学会学術大会：10月22日(土)～23日(日)、TFTビル、山本澄子(国際医療福祉大学大学院)、事務局Tel 03-3547-2533

●第41回日本臨床神経生理学会・学術大会：11月10日(木)～12日(土)、グランシップ(静岡)、木村彰男(慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター)、事務局Tel 03-5363-3833、Fax 03-3225-6014

●第35回日本高次脳機能障害学会学術総会：11月11日(金)～12日(土)、鹿児島市民文化ホール他、浜田博文(鹿児島大学)、事務局Tel 099-275-6805、Fax 099-275-6807

●第30回日本認知症学会学術集会：11月11日(金)～13日(日)、タワーホール船渠(東京)、大内尉義(東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座)、Tel 03-5800-8652、Fax 03-5800-8831

●第46回日本脊髄障害医学会：11月18日(金)～19日(土)、関西空港会議場、田島文博(和歌山県立医科大学リハビリテーション医学)、Tel 073-441-0664

●◎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)

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(会員の購読料は会費に含まれる)

..... 広報委員会より

今年の1月26日、職場の霧島リハセンターから5.5 kmの所にある新燃岳が爆発的噴火をしました。空振で自宅の窓ガラスはガタガタ鳴り続け、6日後の大噴火ではとうとうガラスが割れました。病院では大規模な爆発的噴火への対策を立て、仮の避難所へ必要物品を運び、新たな入院をストップして患者の移動能力別に実際に即した避難訓練も行いました。そんな中、3月11日に東北で大震災が起こりました。テレビで見る光景は信じがたいもので、自分たちの被害など比べものになりませんでした。自然の威力の大きさ、人間の小ささを感じる

とともに人のつながりの大事さ、人間の優しさを感じました。今回のリハニュースは予定を変更して震災特集とし、被災地で実際に仕事をされた先生方に原稿をお願いしました。原稿を読むとテレビや新聞だけではわからなかった事も多いと気づかされます。被災されなかった人たちは震災で人生観が変わったという話をよく聞きますが、医師として、リハ科医として今後どう関わるべきか考える機会になるのではないかと思います。お忙しい中、快く原稿を書いてくださった4人の先生方には改めてお礼申し上げます。(緒方 敦子)