



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.56

発行：公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 〒162-0825 東京都新宿区神楽坂6丁目32番3号 Tel 03-5206-6011
Fax 03-5206-6012 ホームページ <http://www.jarm.or.jp/> 年4回1、4、7、10月の15日発行 1部100円

特集

リハビリテーションと栄養

日本リハビリテーション医学会広報委員会 佐々木 信幸

はじめに

リハビリテーション（以下、リハ）科医であれば誰も経験していると思うが、他科から「長期臥床で弱っているので筋力トレーニングをお願いします」と依頼されることは非常に多い。もはや決まり文句といっても過言ではない。もちろんそれが医学的に熟慮された結果としての単純明快な文句であれば問題はないのだが、残念ながら多くの場合は非常に安易な発想の基に“なんとなく”依頼がなされるのが現状であろう。

そもそもリハ医学そのものが、非医療者～他分野の医療者には科学的・医学的なものと認識されにくい。それはリハが求めるアウトカムが患者の能力や日常生活動作（ADL）といった生活に即したものである。すなわち患者が運動することも食事を摂るこ

とも至極あたりまえの日常生活の一側面であり、病院で行っていても日常生活の延長線上という認識なのである。細かいモル（mol）計算から電解質投与量を定め、肉芽の様子を注意深く見守りながら気管切開チューブを細くしていった内科や外科の医師が、経腸栄養が開始できるようになるとその内容や投与方法に対して途端に適當になってしまうのも「食事は日常生活」という認識からではないだろうか。

なかには膠質浸透圧もギリギリの低栄養者のリハを依頼しておいて、「なかなか良くならない。なんでそんなにマイルドなりはしかししないんだ！もっとガンガンやってくれ！」と注文をつける主治医もいる。しかしこのような場合は逆にチャンスである。エネルギーが不足している場合どこからエネルギーを産生しているのか、筋力の強化とはどのような過程で何を必要とするのか、そのようなこ

とを少し医学的に説明すると途端に今までの認識を改め、その後強力な仲間になってくれるからである。学校では確かに習ったが普段の業務ではあまり意識していなかったこと、しかし基本である人体の生理学生化学的な仕組みを臨床の場で改めて再認識できたということは、やはり科学者である我々にとっては驚きであり喜びであるのだ。そして頼んでもいないのに自然と周りの仲間達に伝播してくれるのである。

今回の特集にご協力いただいた3人の先生は皆、リハと栄養について豊富な知識と経験をお持ちで、しかも強力な発信者としても名高い。私はまさに驚き喜んだ側の人間であり、だからこそ今回このような特集を組ませていただいた。この特集を読んでいただいた諸先生からさらに科や部門を超えて多くの医療者にこの驚きと喜びが伝播されれば幸いである。

目次

- 特集：リハビリテーションと栄養 1-5
 - 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について 5
 - 第50回学術集会：近況報告 6
 - INFORMATION：
編集委員会、試験委員会、教育委員会、国際委員会、
関連専門職委員会、関連機器委員会、障害保健福祉委
員会、広報委員会、関東地方会、中部東海地方会、近
畿地方会、中国・四国地方会、九州地方会 7-9
 - 障害保健福祉委員会連載【2】 10
 - リハ医への期待（16）：
進行性核上性麻痺のリハビリテーション 11
 - 専門医会コラム：専門医会学術集会報告、市民公開講
座報告、新幹事紹介 12-13
 - 2012年度医学生リハセミナーに参加して 14-16
 - 医局だより：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 17
 - REPORT 18-19
 - 学会創立50周年記念「エッセイ」 9、17
 - お知らせ、広報委員会より 22
- 広告：(株)協同医書出版社、エーザイ(株)、アステラス製薬(株)、医歯薬出版(株)、インターリハ(株)、武田薬品工業(株)

サルコペニアの概要

横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科 若林 秀隆

●サルコペニアの定義

サルコペニア（筋減弱症）は1989年にRosenbergによって、加齢による筋肉量減少を意味する言葉として提唱された。サルコは肉・筋肉、ペニアは減少・消失を意味するギリシャ語である。

2010年のEuropean Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) のコンセンサス論文では、サルコペニアは進行性、全身性に認める筋肉量減少と筋力低下であり、身体機能障害、QOL低下、死のリスクを伴うと定義された¹⁾。診断基準には筋肉量減少、筋力低下、身体機能低下が含まれている（図）。また、加齢のみが原因の場合を原発性サルコペニア、その他（活動、栄養、疾患）が原因の場合を二次性サルコペニアとしている（表）。

以上よりサルコペニアの定義として、狭義では加齢による筋肉量減少、広義ではすべての原因による筋肉量減少、筋力低下、身体機能低下となる。リハで問題となるのは広義のサルコペニアのことが多いため、ここでは広義のサルコペニアについて解説する。なお、用語の混乱を避けるため、すべての原因による筋肉量減少と筋力低下を意味する言葉として、ミオペニアが提唱されている。

●サルコペニアの原因

①加齢

加齢によるサルコペニアの原因は明確ではないが、加齢に伴う慢性炎症、ホルモンの低下、運動神経の変化、インスリン抵抗性などが考えられている。

②活動

不活動、安静、臥床などによって、廃用性筋萎縮を生じる。ただし、廃用症候群の約9割に低栄養を認めるという報告がある。

③栄養

飢餓とは、エネルギー摂取量がエネルギー消費量より少ない状態が続き、栄養不良となることである。典型例は神経性食思不振症である。

④疾患

侵襲とは手術、外傷、骨折、急性感染症、熱傷など、生体の内部環境の恒常性を乱す刺激が含まれる。傷害期、異化期、同化期に分類できる。

悪液質とは「多くの要因による症候群である。従来の栄養サポートでは十分な回復が難しい骨格筋減少の進行を認める。脂肪は喪失することもしないこともある。食思不振や代謝異常の併発で蛋白とエネルギーのバランスが負になることが、病態生理の特徴である」。悪液質の原因疾患には、がん以外に膠原病（関節リウマチなど）、慢性心不全、慢性腎不全、慢性呼吸不全、慢性肝不全、慢性感染症（結核、エイズなど）などがある。がん悪液質では、6カ月で5%以上の体重減少を認めた場合に悪液質と診断する基準がある。

多発性筋炎、筋萎縮性側索硬化症などの神経筋疾患も、広義のサルコペニアの原因となる。

図 サルコペニアの診断基準：①+ ② or ③

①筋肉量低下	・ 若年の2標準偏差以下
②筋力低下	・ 握力：男<30 kg、女<20 kg
③身体機能低下	・ 歩行速度 0.8 m/s以下

表 サルコペニアの原因

原発性サルコペニア
加齢の影響のみで、活動・栄養・疾患の影響はない
二次性サルコペニア
活動に関連したサルコペニア（廃用性筋萎縮）
栄養に関連したサルコペニア（飢餓）
疾患に関連したサルコペニア（侵襲、悪液質、神経筋疾患など）

●サルコペニアの対応：リハ栄養

サルコペニアへの対応はその原因によって異なり、リハ栄養の考え方が有用である。リハ栄養とは、栄養状態も含めて国際生活機能分類で評価を行ったうえで、障害者や高齢者の機能、活動、参加を最大限発揮できるような栄養管理を行うことである²⁾。

①加齢

レジスタンストレーニングが最も有効である。レジスタンストレーニング終了後30分以内に、BCAA（分岐鎖アミノ酸）2g以上（蛋白質10g以上）を糖質と一緒に摂取すると、筋肉の蛋白合成を促進できる。レジスタンストレーニング終了直後にBCAAを2g以上含むサルコペニア用栄養剤を機能訓練室で飲むことで、筋肉量と筋力をより増加させる取り組みが行われている。

②活動

不要な安静や禁食による四肢体幹や嚥下の筋肉量を低下させないことが重要である。つまり、早期離床や早期経口摂取が予防、治療となる。

③栄養

エネルギー消費量と栄養改善を考慮した栄養管理が必要である。1日エネルギー消費量=1日エネルギー摂取量の場合、現在の栄養状態を維持できても栄養改善は困難である。低栄養の改善を目指す場合、1日エネルギー必要量=1日エネルギー消費量+エネルギー蓄積量（200～750kcal）とする。

リハは、飢餓で基礎エネルギー消費量>1日エネルギー摂取量の場合、レジスタンストレーニングを行っても筋肉量は減少するため、レジスタンストレーニングは禁忌となる。機能改善ではなく機能維持を目標とする。

④疾患

侵襲の異化期の場合、多くのエネルギーを投与しても、筋肉の蛋白質の分解を抑制できない。そのため、栄養状態の悪

化防止を目標とする。侵襲時の過栄養はノルエピネフリンの分泌を増加させることにより、栄養ストレスとして骨格筋の蛋白分解を促進させる。そのため、侵襲時の異化期の栄養管理は、急性期の極期は6～15kcal/kg/day、一般的な急性期と侵襲が慢性期に移行した場合は6～25kcal/kg/dayを目安とする報告がある。異化期のリハではレジスタンストレーニングは禁忌であり、機能維持、廃用予防を目標とする。

侵襲の同化期の場合、栄養改善を目標とできる。エビデンスは乏しいが、CRP 3mg/dl以下となった場合に同化期と考える目安がある。同化期で栄養改善が必要な場合、1日エネルギー必要量=1日エネルギー消費量+エネルギー蓄積量とする。リハは機能改善を目標に、レジスタンストレーニングも含めた積極的な機能訓練を行う。機能訓練室での栄養剤使用も検討する。

悪液質（除くターミナル）の場合、栄養管理単独での栄養改善には限度がある。高蛋白質（体重1kgあたり1.5g/日）、

n-3脂肪酸（エイコサペンタエン酸）、Lカルニチンが有効という報告もある。運動（有酸素運動、レジスタンストレーニング）には抗炎症作用があるため、軽負荷の運動を積極的に行う。運動による抗炎症作用で慢性炎症を改善できれば、食欲と栄養状態の改善を期待できる。

神経筋疾患の場合、原疾患による筋肉量・筋力低下はやむをえないが、飢餓と廃用によるサルコペニアの予防に留意する。飢餓と廃用を合併した場合、原疾患の状態によっては、リハ栄養管理でサルコペニアを多少改善できることがある。

臨床現場では、4つの原因すべてを合併したサルコペニアの方も少なくない。この場合、栄養管理が適切に行われなければ、どんなに機能訓練を行っても機能改善は困難であり、むしろ逆効果となることさえある。そのため「栄養ケアなくしてリハなし」、「栄養はリハのバイタルサインである」。すべてのリハ科医に現在の栄養状態と栄養管理を考慮したリハ依頼箋を記載してほしい。

●文献

- 1) Cruz-Jentoft AJ, et al : Sarcopenia : European consensus on definition and diagnosis. Age and Ageing 2010 ; 39 : 412-423
- 2) 若林秀隆：リハビリテーション栄養ハンドブック。医歯薬出版、東京、2010

栄養投与経路の判断方法

亀田総合病院リハビリテーション科 宮越 浩一

●はじめに

高齢化の進行と共にリハの対象患者においても低栄養を合併している症例が増加している。低栄養は活動性低下や筋萎縮を生じるためにリハの阻害因子となる。また同時に肺炎や褥瘡などの様々な合併症を誘発することとなる。適切に対応されなかったことで衰弱が進み、さらに栄養摂取が困難になるという悪循環に陥る危険性もある。このため必要な栄養量の摂取ができない場合は可及的早期に代替の栄養投与方法を講じる必要がある。

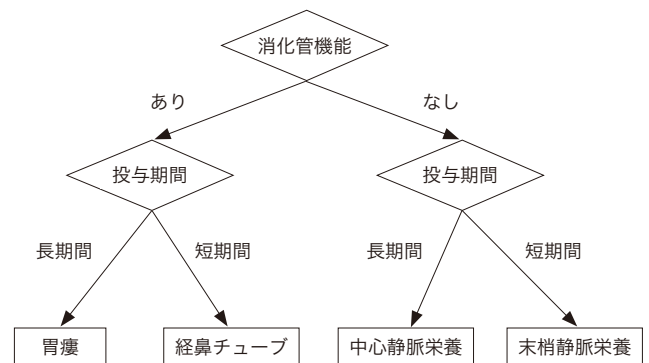
栄養摂取が不足する原因としては脳卒中や神経変性疾患などによる嚥下障害の他に、認知症やうつなどによる食思不振、その他様々な原因が考えられる。ここでは栄養投与方法を検討する際の課題について述べる。

●代替の栄養方法

経口摂取ができない場合の栄養投与方法としては、経管栄養と静脈栄養がある。経管栄養の手段は経鼻経管栄養と胃瘻に分けられる。静脈栄養としては末梢静脈栄養（Peripheral Parenteral Nutrition : PPN）と中心静脈栄養（Total Parenteral Nutrition : TPN）がある。これらの4つの栄養投与方法の適切な使い分けが必要である。

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) のガイドライン（図）によると、消化管が機能している場合は原則として経腸栄養を選択することが推奨されている。静脈栄養は重度の消化器系疾患などにより消化管が使用困難な場合に選択される。ここでは短期間で消化管機能が回復する場合は末梢静脈栄養、長期間となる場合は中心静脈栄養が選択される。消化管が使用可能な場合で経口摂取困難な期間が短期の場合は経鼻チューブでの経管栄養が推奨

図 ASPEN のガイドラインによる栄養投与経路の決定方法



され、長期間困難な場合は胃瘻栄養が推奨されている。

経皮内視鏡的胃瘻造設術（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : PEG）が普及したことにより、胃瘻造設の機会は以前よりは増加している。しかし胃瘻造設はやはり侵襲的な処置であり、合併症も生じうる。さらに栄養摂取のためとはいえ身体に孔をあけるのは患者や家族の精神的な負担も大きい。また胃瘻という非生理的な経路からの栄養摂取を余儀なくされるということは患者のQOLに与える影響も大きい。このため胃瘻の決定は慎重に行う必要がある。

●将来の経口摂取能力の予測

リハのプログラムにあたっては将来の機能障害・能力障害を予測することが必要である。栄養摂取に問題のある症例においても同様に将来の経口摂取能力の予測をしなくてはならない。

経口摂取の可否の判断にあたっては嚥下能力の評価が重要である。嚥下能力の評価方法として代表的なものに嚥下造影

や喉頭ファイバーを用いた嚥下評価がある。しかしこれらの結果は日常の摂食場面での嚥下能力を示していないことがある。また嚥下機能は良好であるにも関わらず精神機能の問題のため必要栄養量が摂取できない症例も多くみられる。さらに判断を困難とするものは、栄養経路の決定は現状の経口摂取能力のみでなく、将来の経口摂取能力を予測する必要がある点である。しかし将来の経口摂取能力の予測手法は十分には確立されておらず、症例ごとに個別に判断せざるを得ない。

経口からの栄養摂取が適切であったかの帰結評価の方法としては必要栄養量摂取の可否や体重変化、ADL低下への栄養の有無や誤嚥性肺炎や窒息などの合併症の有無となる。嚥下障害を生じる症例の多くは高齢者であり、併存疾患なども多様である。このため将来の栄養摂取量、合併症発生の有無などをアウトカムとする質の高い帰結研究をデザインするには多くのサンプル数と長期間のフォローが必要である。このためには急性期から維持期までの長期成績も継続的にフォローできるような多施設共同のデータベースも必要である。今後はこのような研究をサポートする体制の整備も求められる。

● QOL を考慮した総合的判断

前述の ASPEN のガイドラインに従えば、消化管は使用できるが長期的に経口摂取が困難な症例は少なくない

め、胃瘻の適応となる症例は数多い。ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition - Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) では胃瘻について詳しく述べられている。ここでは胃瘻の設置にあたって重要なことは胃瘻設置が患者の QOL 向上・維持に役立つかであるとされている。また胃瘻の適応は医学的な必要性に基づくことであり、管理が容易である、あるいはコストやマンパワーの節約が可能であるという理由であってはならないとされている。しかし医療や介護資源の限られた日本の現状では施設入所にあたって胃瘻の設置を施設から要望されるケースは散見されている。

高齢化が進み、併存疾患を持っている患者が多く、予測される生命予後も様々である。栄養投与経路の判断にあたっては疾患の重症度や併存疾患などを考慮して生命予後を予測し、その予測された生存期間において医学的に最善の栄養方法が選択されるべきである。

また認知症症例も多く、本人の意思が確認できない場合もある。このような場合には家族の判断で胃瘻造設を決定せざるを得ない状況も生じている。医師の病状説明はこの意思決定に大きな影響を与える。このため医療従事者は患者の QOL を最優先に考え、様々な医学的情報をもとに総合的な判断を行う必要がある。今後本格的な高齢社会を迎えるにあたり、QOL を重視した全人的医療を担うことができる人材のさらなる育成が求められる。

リハ栄養カンファにおける リハ栄養アセスメント及びプランニング

東京慈恵会医科大学附属第三病院リハビリテーション科 百崎 良

リハ患者の予後は栄養状態に左右される。低栄養のリハ患者は歩行能力や筋力、ADL が伸びにくいいため、在院日数が長くなり、退院後の介助量も多い。低栄養状態にあるリハ患者に対する栄養ケアがリハ効果を向上させるとの報告も増えている。2011年12月に横浜で開催された第1回日本リハ栄養研究会に参加し、リハ患者に対する栄養ケアの重要性を

再認識した私は、当院でもリハ栄養を臨床に導入しようと考え、管理栄養士に週1回のリハカンファへの参加を依頼した。ちょうど私がNSTディレクターをしていたこともあり栄養部からは快く承諾いただき、翌月からリハ栄養カンファが開始となった。

低栄養の診断にはアルブミン値が用いられることが多いが、アルブミンは炎症やストレスに大きく影響を受けるため、必ずしも栄養状態の良い指標とはいえない。そこでリハ栄養アセスメントとしては入院時に体重測定やMNA[®]-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form) の評価、インサータープやアディポメーター等のセットになった栄養アセスメントキット (図1) を用いた身体測定を行っている。MNA-SF は6項目の質問で、4分以内で完了する低栄養スクリーニングツールで、BMIの代わりにふくらはぎの周囲長で代用可能なことが特徴であり、身長・体重の測りにくい患者の多いリハ現場では使いやすいツールである。また測定可能な患者には体組成計 (図2) を用いた筋肉量測定を行い、サルコペニアの有無をチェックしている。

栄養の詳細な評価や管理においては管理栄養士の出番である。リハ栄養カンファでは管理栄養士より入院時の各栄養評価結果や喫食量、摂取栄養量、経管栄養の種類、リハ内容、活動量などを踏まえて最も適した栄養管理についてサジェス

図1 栄養アセスメントキット



チョンしてもらう。リハ栄養プランニングに際しては、身体機能とリハ内容を考慮した栄養管理方法の決定と栄養状態を考慮したリハ内容の決定、というようにリハからみた栄養と栄養からみたリハのプランをそれぞれ決めるのが大切である(表1)。

必要エネルギー量の算出に関してはいろいろな方法があるが、最も簡便な方法は基礎代謝量(BEE)を体重(kg)あたり25kcalと考え、それに活動係数を加味するやり方である。タンパク質の一日投与量の目安としてはタンパク=1g/kgくらいが一般的であるが腎不全患者には控えめにする必要がある。脂肪投与量の目安としては総投与カロリーの

図2 体組成計



表1 リハ栄養プランニングのポイント

身体機能とリハの内容も考慮して栄養のゴールを設定し、栄養投与方法やエネルギー必要量を決定する。
栄養状態と栄養管理方法も考慮してリハのゴールを設定し、リハの内容(質と量)を決定する。

20～30%くらいが良いとされる。糖質投与量の目安は総投与エネルギーからタンパク質と脂質のカロリーを除いた形で算出されるが、糖尿病では過剰にならないようにする必要がある。水分の投与量としては30～35ml×体重(kg)/dayくらいが目安であるが透析患者には控えめにする必要がある。重症患者の急性期では通常エネルギー投与量では過剰となる懸念があるため、栄養投与量が基礎代謝量を超えないようにする。

リハ栄養カンファを導入して大きく変わった点はセラピストや病棟ナースの栄養ケアについての関心が高まったことと、低栄養リハ患者に対する栄養投与バランスが全体的に改善したことである。また、栄養状態改善やリハ効果の向上に寄与し、在宅復帰率や在院日数といったリハアウトカム改善も期待できる(表2)。潜在的に栄養ケアを必要としているリハ患者は相当数いるものと思われ、リハ栄養はリハの質を向上させることができる。そして、リハ栄養カンファの導入は最も簡単にできるリハ栄養実践の第一歩だと感じている。

表2 リハ栄養カンファの効果

スタッフの栄養に対する関心増大
栄養投与バランスの改善
栄養状態の改善
リハ効果の向上
リハアウトカムの向上

日本リハビリテーション医学会設立50周年 キャッチフレーズについて

日本リハビリテーション医学会は2013年に設立50周年を迎えます。設立50周年を迎えるにあたり、歴史、未来、超高齢社会、チームワーク、さらなる探求・新たな発見、社会貢献というキーワードを元に、広く会員にキャッチフレーズを公募の結果、多数の応募の中から、刈谷豊田総合病院リハビリテーション科の小口和代先生のキャッチフレーズが選ばれました。
(設立50周年記念事業実行委員会)

生きる時を、活かす力。 リハビリテーション医学。

思いついた日付と場所、状況を覚えています。2011年6月3日(金)、大阪。東北大学の上月正博先生による講演「大震災後の対応—現地からの報告」の最中に。言葉の間の鋭く、深い静寂から想起しました。生きる時を、活かす。リハビリテーション医学のパワーを今こそ、と。

手帳に書きとめ、病院に戻りました。私たちの仕事は、このフレーズに収斂している。そうありたいと思いました。

いつも、リハビリテーションを平明に表現する言葉を探していました。その一つかもしれないと、応募しました。

このたびキャッチフレーズとして選ばれたことは、望外の喜びです。多くの先輩方が長年重ねた努力の賜を、さらに発展させる勇気をいただいて、50周年に臨みます。

小口 和代

第50回日本リハビリテーション医学会学術集会 近況報告

▷ 演題締切を延長 ⇒ 1月22日(火) 正午まで

第50回日本リハ医学会学術集会は、2013年6月13日～15日に東京国際フォーラムで開催されます。今回は日本リハ医学会創立50周年記念式典や記念シンポジウムと同時開催されます。昭和大学医学部リハ医学講座教授・水間正澄会長のもと「**こころと科学の調和～リハ医学が築いてきたもの～**」をテーマに準備を進めております。今回の学会は、50周年記念行事と同時開催のため参加費が20,000円となり、会員の皆様にはご負担をおかけ致しますが、何卒ご理解のほどお願い申し上げます。

特別講演、招待講演、シンポジウム、教育講演は演者の皆様に快諾をいただいている状況であり、また、海外の諸先生方の招致も滞りなく手配を致しております。一般演題募集は昨年12月6日から開始しておりますが、できるだけ多くの皆様に日頃の研究成果を

表していただき、また、合わせて、日本リハ医学会50周年の記念すべき学術集會を多くの学会員の皆様と一緒に歓喜し、次の50年へ向けて、活気あふれるものとなるように願っております。演題締切間近ですので、まだ登録していない方は是非演題登録の程よろしくお願いたします。

東京国際フォーラムはJR有楽町駅のと鼻の先にあり、新幹線はもちろん羽田空港や成田空港へもアクセスがよく、連続して行われるISPRM・北京大会への参加予定の先生方にも便利です。多くの方々のお越しをお待ちしています。

詳細はホームページ (<http://www.congre.co.jp/jarm2013/>) をご参照ください。

会 期：2013年(平成25年)6月13日(木)～15日(土)

会 場：東京国際フォーラム

テーマ：こころと科学の調和～リハ医学が築いてきたもの～

会 長：水間正澄(昭和大学医学部リハビリテーション医学講座教授)

プログラム

特別(企画)講演	『医療安全』……………村上 陽一郎(東洋英和女学院大学 学長)
特別企画講演	『記念すべき年 1963年；日本リハ医学会創立をめぐって』 ……………上田 敏(財団法人日本障害者リハビリテーション協会 顧問) 『災害からの復興～私たちに何ができるか～』 ……………里宇 明元(慶應義塾大学医学部リハ医学教室 教授)
招待(教育)講演	Jeffrey B. Palmer, Johns Hopkins University, USA Klaus von Wild, Kww-neuroscience consulting GmbH
国際シンポジウム	Subacute stroke rehabilitation system and outcome ……………Anthony Ward, North Staffordshire Rehabilitation Centre, UK. Paik Nam Jong, Seoul National University, Korea Cancer Rehabilitation : Research, Training, and Practice ……………Ki Y. Shin, MD Anderson Cancer Center, Texas University, USA. Veronika Fialka-Moser, Vienna University, Australia リハビリテーション科専門医制度の現状と課題—国際比較を通じて— ……………William L. Bockenek, Carolinas Medical Center, USA Moon Suk Bang, Seoul National University, Korea
50周年企画シンポジウム	関連職種シンポジウム 『未来のリハ医学会への期待』 アジア・リハ医との交流
シンポジウム	運動器リハビリテーション 運動器の健康を守る—人類の未来に向けた取り組み— 内部障害リハビリテーションの最前線 地域包括ケアシステムにおけるリハの役割～こころの通う連携～

その他、パネルディスカッション、教育講演、鼎談、サテライトシンポジウムなどの企画を準備しております。また、学術集會に先駆けて、市民公開講座を下記のように開催いたします。こちらの方もよろしくお願いたします。

<第50回日本リハビリテーション医学会学術集会：市民公開講座>

日 時：2013年(平成25年)6月8日(土) 午後13時30分～

場 所：五反田「ゆうぼうとホール」(無料)

テーマ：『高齢社会をいきいき生きる』～よりよく・より幸福に・よりいきいきと生きるために～

＜編集委員会＞

学会誌 The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine
投稿規定改定のお知らせ

この度、The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine (JJRM) の投稿規定の改定を行いましたのでお知らせ致します。

改定の主な理由は、広くリハ医学に関わる国内外の様々な分野の人々からの投稿を促し、貴重な臨床経験、新たな評価や治療方法あるいは研究について、論文を通じて本学会員に知らせ、我が国のリハの発展に寄与するためです。

改定の骨子を下記に記します。

- 1) 学会誌への投稿者は、会員・非会員を問わない。
- 2) 掲載料は、非学会員が筆頭筆者の場合、12,000円とする。
- 3) 投稿規定の改定は、2013年1月からとする。

(改定版の投稿規定は1月に学会HP及びJJRM 50巻1号に掲載予定)

編集委員会では、迅速な査読をこころがけ、優秀な論文ができるだけ早く掲載されるよう努力して参ります。今後とも、引き続きよろしくお願い申し上げます。(委員長 橋本 圭司)

＜試験委員会＞

試験委員会では試験作成だけでなく試験全般について検討を行っています。専門医試験および認定臨床医認定のための筆記試験問題作成だけでなく、専門医認定のための口頭試験問題作成や出題方法等の検討を行っています。

今年度、新たに導入したことは、専門医試験問題の公表だけでなく、受験される先生方にとって勉強しやすいように、解答を公表し、そして、認定臨床医試験問題も公表したことです。さらに、口頭試験では試験内容の均一化を図るために標準問題の導入を検討しています。

また、前回の第49回日本リハ医学会学術集会にて、新専門医を対象とした専門医試験問題作成についてのワークショップを開催し、新作問題作成のポイントについてミニレクチャーおよびワークショップ形式で伝えることができました。これは、今後も継続して行う予定です。試験問題は専門医認定の可否について判定するもので、専門医として必要な知識・思考・問題解決について問うものです。今後も新専門医となられた先生方をはじめ各専門医の先生方にご協力をお願いすると思っておりますが、どうぞよろしくお願い申し上げます。

2013年3月7日、8日の2日間にわたって、専門医・認定臨床医試験を開催する予定です。問題の難易度に注意しながら、専門医・認定臨床医の認定が適切に判断できるよう、委員一同努めたいと考えております。(委員長 中馬 孝容)

＜教育委員会＞

審議事項を報告します。生涯教育研修会(2f、2g)の申請短縮化に関して、2f新規申請は従来通り4カ月前までの申請ですが、2f二回目以降および2gについては3カ月前までの申請が可能ないようにシステム変更を行う予定です。また2f、2g申請は今後有料とする予定です。変更時期や内容などが明らかになり次第、学会誌等でご連絡いたします。

病態別研修会は遠方から日帰りでも参加しやすいよう、開始時間や開催時期の変更を来年度から実施する予定です。

本年度の年次学術集会から開始となった医療倫理講習会の参加証明ですが、手続きが煩雑で会員の皆様にはご迷惑をおかけしています。こちらも通常の教育研修講演と同様の手続きができるよう、準備をしています。

来年度から新たに初期研修医向けの研修・説明会を計画してい

ます。従来の医学生セミナーだけでなく、多くの研修医にも興味を持っていただけるよう準備しています。

新専門医制度に向けた指導医研修会や指導医マニュアル・研修プログラムの見直しも併せて行っています。随時情報を発信してまいりますので、学会誌やリハニュース等に今後ともご注目いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

(委員長 羽田 康司)

＜国際委員会＞

外国人リハ医師短期交流助成プログラムの紹介と新たな受け入れ施設の募集

国際委員会ではリハ医学会員の国際交流の促進を目的に、リハ医学会員の海外研修助成のほか、外国人リハ医師短期交流助成プログラムを提供しています。本プログラムは、国内学会や研究会での発表や、施設での研究発表など、外国人リハ医が学術交流を目的に、海外から国内リハ関連施設を短期訪問することへの助成です。日本リハ医学会英文ホームページには本プログラムへの募集案内が掲載されています。(http://www.jarm.or.jp/english/e_announcement.html)

しかし、ここ数年は以前より応募が少なくなっており、2011年は大震災の影響のためか応募者はありませんでした。是非今後の国際交流につなげていくためにも、積極的な応募が必要です。そのためにも学会員の方々におかれましては、お知り合いの外国人リハ医師への本プログラムをご紹介いただけますようお願い申し上げます。

また、リハ医学領域の国際交流を一層促進させるために、外国人短期交流プログラムで来日した外国人リハ医の受け入れ先となる国内施設を広く募集いたします。外国人リハ医との研修や交流を通じて、受け入れ側の国際的な視野も必ず広がりますので、受け入れ施設としての応募もあわせてよろしくお願い申し上げます。

(担当委員 青木 隆明、松永 俊樹)

＜関連専門職委員会＞

現在までの関連専門職委員会の活動報告を致します。今年度の活動項目の中で、①医療研修推進財団主催の今年度理学療法士・作業療法士養成施設等教員講習会の運営協力(運営委員会開催及び実際の講習会開催)を行っています。大阪会場での講習会は無事終了しました。また、来年度からは言語聴覚士も講習会受講の対象とすることを決定しました。また、実務的な打ち合せを行うために小委員会を立ち上げて検討するようにシステムを変更しました。②特定看護師の動向：資料をもとに現状報告と分析及び他のリハ専門職団体との情報交換も行っています。③その他の活動項目について：a) リハ科専門医が学生教育へ関与するために、どのようにしたらよいか？各学校と専門医にアンケートを実施するための原案を考慮中です。b) リハ科医に望むこと、期待することに関して各職種(職能団体)へアンケート調査を行うための原案を考えています。c) 他の職種の情報収集：CP(臨床心理士)の国家資格化問題、地域リハの観点から医科歯科連携の強化の問題、腎臓リハの普及・啓発のために臨床工学技士等の透析スタッフへの教育・協力体制構築の問題、高次脳機能障害に関わる他の職種との更なる協力体制構築の問題、日本リハビリテーション病院・施設協会、回復期リハビリテーション病棟協会等、他の団体との共同活動についての検討、医療と福祉間で強固な関係を築くために共通言語の作成や学生教養課程でのカリキュラム再考、福祉職で可能な医療行為の再検討、についても検討を行っています。(委員長 武居 光雄)

< 関連機器委員会 >

リハ関連機器分類試案に対するパブリックコメント募集

関連機器委員会では、関連機器に関する必要な情報をお知らせする目的で、データベース作成に取り組んでおります。その前段階として、関連機器分類試案を作成しました。

この関連機器分類試案に対して2013年1月末までパブリックコメントを募集しております。会員の皆様からのご意見を反映させた最終版は、我々が目的とする有意義で実効性のあるリハ機器データベース策定の基礎となりますので、ご意見をいただけますと幸いに存じます。

この関連機器分類試案の中に、削除や追加すべき項目があるとお考えになりましたら、その項目は何か（例えば、歩行器の分類に歩行車があるが、分類しなくとも良いのでは？など）や用語が不適当と思われるものがありましたら（例えば、車いすは車椅子の方が良いのでは？など）ご意見よろしくお願いたします。

（委員長 高橋 紀代）

●パブリックコメントは以下会員用Webシステムから

<https://member.jarm.or.jp/mypage/>

全会員用掲示板のスレッド[137]リハビリテーション関連機器分類試案パブリックコメント募集のお知らせをご覧ください。関連機器分類試案もここからダウンロードできます。

●締切：2013年1月末まで

< 障害保健福祉委員会 >

『地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律』の公布による『障害者総合支援法』の施行と概要について

民主党政権のもとで『総合福祉部会』提出の「骨格提言」に基づく関係各法の整備（法改正）が行われました。これにより『障害者自立支援法』は『障害者総合支援法』に改称・改正され、2013年4月1日に施行されることになりました（一部、2014年4月1日施行）。

『障害者総合支援法』の要点は、『障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるものであるとの理念』を新たに掲げたことにあり、また、これまでは制度の「谷間」であった「難病」の方々を障害者の範囲に加え、支給決定についても利用者の多様な心身の特性に即した支給が行われるよう、「障害程度区分」が「障害支援区分」へと改正されました。

そして、これまで以上に「質」の高い支援（サービスの提供）を行うために、『障害者総合支援法』では、障害者等の意思決定

の支援に配慮し、常に障害者等の立場に立って効果的に行うように努めなければならないと明記され、『児童福祉法』の改正では、障害児及びその保護者の意思をできる限り尊重し、常に障害児及びその保護者の立場に立って効果的に行うことが明記されました。

身体障害者手帳診断書作成と補装具意見書作成の現状に関するアンケートへのご協力をお願いします

現在障害保健福祉の分野は障害者制度改革の流れの真ただ中にあり、改正障害者基本法・障害者自立支援法整備法・障害者虐待防止法・障害者総合支援法（予定）等の法令が次々と施行になっています。このような流れを受け、障害福祉サービスの重要な要素である身体障害者手帳診断書作成と補装具意見書作成の現状についての調査を今回企画しました。会員の先生方のご意見をいただきたく、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

（委員長 篠原 裕治）

●webアンケートとして実施中です。学会ホームページの会員専用ページ（<https://member.jarm.or.jp/mypage/>）にログインしてご回答ください。今回のアンケート集計結果および分析内容については、個人が特定できない形でリハ医学会の活動の基礎資料として利用・公表等させていただきたく予定です。

●回答期限：2013年2月末日

< 広報委員会 >

広報委員会は、リハニュースやホームページを通じて、日本リハ医学会に関係した様々な事柄について、学会員、その他の医療関係者、学生および一般の方々に広報をしています。中でも、一般の方々への広報は、リハ医学に対する理解と興味を喚起し、学会員の医療活動を円滑に進める役に立つだけでなく、リハ医療に参加したいと考える将来の学生をリクルートする可能性もあり、非常に重要な活動と考えています。これまでの広報委員会の活動でも、一般の方々への広報に力を入れてきましたが、より効果的な広報活動を行うことも模索しています。

政治の世界でも広報活動は非常に大切であり、広報活動を行う報道官は重要なポストとされているようです。実際、テレビやインターネットのニュースを見ていると米国の報道官などは、プレスとの丁々発止のやり取りを通じて大統領府の考えを国民に伝えていますが、中国の報道官は、強面に政府の考えを伝えていきます。学会員の皆様との間で、実時間でのやり取りができるほどの能力があれば良いのですが、そういう訳にもいきません。せめて、メールや書面を通じて、学会広報活動についての学会員の皆様からご意見をいただければ今後の広報活動が充実したものになると思います。

（委員長 阿部 和夫）

< 関東地方会だより >

第53回の関東地方会学術集会和専門医・認定医生涯教育研修会は、慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室の里宇明元先生が会長をされ、2012年12月8日（土）に慶應義塾大学三田キャンパス西校舎で開催されました。演題数も大変多く、活発な議論がなされ、充実した内容となりました。また研修会では、齋藤繁先生ならびにStephen H. Scott先生にご講演を賜りました。

第54回日本リハ医学会関東地方会と専門医・認定臨床医生涯教育研修会は、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の木村慎二先生が会長をされ、2013年2月2日（土）13時（予定）より「新潟ユニゾンプラザ」にて行う予定です。研修会では、大森豪先生（新潟大学研究推進機構超域学術院教授）に「変形性膝関節症のrisk factor—筋力とスラストの影響に

ついて」、川平和美先生（鹿児島大学大学院医歯総合研究科リハビリテーション医学分野教授）に「片麻痺への促通反復療法の理論と治療成績について—効率的な神経路の再建/強化を目指して—」のご講演をいただきます。いずれも興味深い内容ですので、是非ご参加ください。皆様のご参加をお待ちしております。

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

< 中部・東海地方会だより >

中部・東海地方会では、第32回地方会学術集会和専門医・認定臨床医生涯教育研修会を本年2月2日（土）に予定しています。研修会は、Samerduen Kharmwan 先生（KhonKaen University）に「Clinical gait analysis in CP : how to apply in practice」を

ご講演いただきます。また、第31回研修会で急遽、講演中止となりました菅本一臣先生(大阪大学)に「運動器リハビリテーションの治療体系を変える骨関節動態の解明」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。

学会ならびに専門医・認定臨床医生涯教育研究会の詳細は中部・東海地方会のHP (<http://www.fujita-hu.ac.jp/~rehabmed/chubutokai/>) をご覧ください。(代表幹事 近藤 和泉)

<近畿地方会だより>

第33回日本リハ医学会近畿地方会学術集を終えて

2012年9月15日(土)、大津市民会館にて第33回日本リハ医学会近畿地方会学術集が開催されました。滋賀は近畿の中でも東側に位置していますが、128名の先生方が参加してくださいました。また、口演発表は26演題の登録があり、どの演題においても質疑応答の時間をもっと増やしたい内容ばかりでした。教育講演では、鹿児島大学大学院医歯総合研究科リハビリテーション医学教授の川平和美先生におかれましては、「片麻痺への促通反復療法の理論と治療の実際、治療成績について一感覚入力による随意運動の誘発と反復による神経路の再建/強化」について、京都府立医科大学大学院医学研究科人工臓器・心臓移植・再生医学講座教授 五條理志先生におかれましては、「不全心の機能回復を目指す統合治療を支える心臓リハビリテーション」について、滋賀医科大学整形外科准教授の今井晋二先生におかれましては、「肩関節疾患とリハビリテーション—脳卒中後片麻痺患者の肩関節痛とリハビリテーション—」についてご講演いただきました。いずれにおきましても、わかりやすくご教授いただき、今後のリハ医療に参考になるものばかりでした。講師の先生方はもとより、座長の労をおとりくださった先生方、参加してくださった会員の皆様により感謝を申し上げます。

(第33回近畿地方会幹事 中馬 孝容)

<中国・四国地方会だより>

中国・四国地方会では、第36回研究会ならびに第31回地方会を2013年7月7日(日) 島根県松江市において「くにびきメッセ」を会場に開催する予定です。

特別講演は長野県の相澤病院総合リハビリテーションセン

ター・センター長の原寛美先生に脳卒中の急性期リハについて、愛知県青い鳥医療福祉センター・センター長の岡川敏郎先生に脳性麻痺児の補装具療法についての計2題と、ランチョンセミナーとして鳥取大学医学部保健学科教授の萩野浩先生による高齢者骨折の予防・治療とリハビリテーションと題しての講演を予定しています。

山陰は交通の便に恵まれない地域ですが、2012年度中には中国自動車道に接続する松江・三次間の自動車道「松江道」が開通する予定ですので、九州や中国地方西部からのアクセスがよくなる見込みです。時間が許せば城下町松江の風情にふれ神々の国出雲を肌で感じていただくのも有用ではないかと思えます。

演題の受け付けは4月1日から5月13日までとする予定です。たくさんの皆様にご参加いただきますようご案内申し上げます。

(担当幹事、大会長 東部島根医療福祉センター 伊達 伸也)

<九州地方会だより>

第33回九州地方会学術集は、志波直人幹事(久留米大学整形外科講座・主任教授)の担当で、本年2月24日(日)、久留米大学筑水会館大ホール(久留米市)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大島博先生(宇宙航空研究開発機構(JAXA)宇宙医学研究開発室・室長)に「宇宙飛行士の軌道上運動と帰還後リハビリテーションのプログラム」を、筆者、下堂蘭恵(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・准教授)が「脳卒中片麻痺のリハビリテーション—基本から促通反復療法の臨床応用まで—」、そして馬庭壮吉先生(島根大学医学部附属病院リハビリテーション部・准教授)に「下肢関節疾患のリハビリテーション」をご講演いただきます。多くの会員の皆様のご参加を心からお待ち申し上げております。

開催の詳細は九州地方会ホームページ<http://kyureha.umin.ne.jp/>にもご案内いたします。抄録集は開催約1カ月前からダウンロード可能となります。また同ページには九州各県単位で開催される専門医・認定臨床医生涯教育研修会をはじめ各種ご案内もごございますので合わせてご覧ください。

次々回、第34回学術集は川口幹事(長崎県障害者福祉事業団つくも苑診療所・所長)の担当で、本年9月8日(日)、長崎大学医学部記念講堂(長崎市)にて開催の予定です。

(事務局担当幹事 下堂蘭 恵)

学会創立50周年記念
エッセイ

『リハビリテーションは治療医学である』

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻リハビリテーション科学コース 青山 朋樹

私は大学卒業時にはリハ科医になろうとしてリハを勉強していたわけではありません。整形外科医となり、整形外科手術治療を行う上で、手術成績向上のためにはリハを学ぶことが有効だと考えたためです。治療というのは手術や投薬を指し、リハはあくまでも補完的医療であるという考え方です。

多くの手術を学び、多くの疾患で手術治療の限界を感じていた際に、一つの症例に遭遇しました。それは卵巣癌に随伴して形成された多数の静脈血栓が下肢の静脈を閉塞し、さらに動脈の環流障害を引き起こし、両下腿三頭筋の壊死をもたらすという疾患です。卵巣癌は手術にて根治されたものの、下腿三頭筋の筋活動はほとんど確認できず、CTでは9割の筋領域が壊死に陥っていました。このため尖足変形が生じ、歩行はおろか立位保持も不可能でした。私はリハの可否を問われ、治療方針について整形外科に相談しました。結果は全身状態が安定後にアキレス腱延長と装具装着、歩行は諦めるように予め説明しておくというものでした。しかしその説

明に患者は納得せずリハ実施を希望しました。私は単に手をこまねいて見ていたわけではなく、多数の血栓が存在する際にリハを行うことは肺塞栓を惹起して死亡に至る可能性があり、循環器内科担当医からも凝固能が完全に改善するまでは安静を指示されていたからです。しかし産婦人科の主治医は強い決断で、積極的なリハを求めました。この決断は「生活の質の向上」治療においても救命治療と同様のリスクを負うというものです。そこで逃げないことに決め、頻回の超音波検査を行い、残存する血栓の程度を確認しながら、積極的リハを実施しました。その結果、半年後にはCTで壊死した筋肉の大半が再生していることが確認され、うれしいことに自立歩行が可能になり退院されました。

この症例で、リハを何も理解していなかった私がようやく学んだのは「リハビリテーションは治療医学である」というあたりまえのことでした。

独自の・先駆的事業を実践する 地域リハビリテーション広域支援センターの紹介②

▶東京都北多摩北部地域リハビリテーション支援センター 多摩北部医療センター

東京都リハビリテーション協議会は、都内12の二次保健医療圏（島しょを除く）毎に1カ所の地域リハ支援センターを指定している。当院は2003年に指定を受けた。筆者が勤務している地域には、東大病院リハ部上田敏先生のもとにリハを学んだ仲間がリハ科医として働いている。そこで、彼らと相談し5市（小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市）、保健所、社会福祉協議会、医療機関に呼びかけ幹事会を結成、幹事会で討議し地域リハ支援事業を展開してきた。

地域リハとは、障がい者が健常者と同じように暮らせる社会、いわゆるノーマライゼーションを実現する手段と考えている。生活自立支援、社会参加は独居老人にとって緊急課題と考えた。生活自立・社会参加に大きな影響を与える高次脳機能をテーマに講演会、心理テスト講習会、公開市民講座の開催、パンフレットの作成などを行ってきた。東京都心身障害者福祉センターの援助を得て2010年に前記5市が事務局となり北多摩北部地域高次脳機能障害者支援ネットワーク協議会が結成された。年1回交流事業として公開市民講座を開催している。もう一つのテーマは、摂食・嚥下である。多摩小平保健所が事務局となり2009年北多摩北部地域摂食機能支援関係者連絡会が結成され、実務者交流が行われてい

る。当院は医療機関、介護保険施設、在宅療養などの支援にNST摂食・嚥下地域連携パスを運用している。

東京都が目指す障害者が安心して暮らせる地域づくりとして、地域にあるリハ資源を関係者が共有する目的からリハマップを2005年に作成した。リハを実施している医療機関、介護保険施設（訪問リハ、通所リハなど）を掲載している。2011年版では障害者自立支援法による障害者サービス（相談支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、更生施設）の一覧を追加した。第二に医療機関、介護保険のリハを継ぎ目なく実施できるようにと医療情報、リハ情報など担当した実務者が記載し、患者さん自身が所持するリハ手帳を2006年に発行した。現在、脳卒中地域連携パスの補助としても活用されている。

故今田拓先生は、常々若い医師にリハ科医は行政の場で働かなくてはと言われていた。当院は地域支援病院の指定を受けた約300床の一般病院であり、当科は急性期のリハを主としているが、生活に役立つリハを目指し地域リハ活動に努めている。今田拓先生の願いを少しは実現しているのではないかと自負している。

（多摩北部医療センターリハビリテーション科 鴨下 博）

▶千葉県香取海匝地域リハビリテーション広域支援センター 総合病院国保旭中央病院

香取海匝地域リハ広域支援センターは、千葉県北東部（人口約30万人）の地域リハ推進を目的として研修会や実地指導、地域リハ協議会の開催等の事業を行っています。さらに地域の協力病院と協同して、「地域ネットワーク支援班」「訪問リハビリテーション支援班」という2つの独自の分科会を設置しています。今回は地域ネットワーク支援班が行っている事業を紹介します。

①和希楽会（写真）：障がい者の社会参加やサークル活動等を推進するための会を広域支援センターとして組織しました。年1回の全体集会（障がい者のサークルにブースを設置してもらい宣伝してもらい、行ってみたい趣味活動などを来場した障がい者にアンケートしマッチングして新たなサークル作りにつながるなど）や、障がい者による清掃ボランティア活動、障がい者ゴルフ体験会などのイベントを行います。すでに、スポーツジムでの運動サークル、釣りサークル、ゴルフサークルなどいくつかのサークルが新たに誕生しています。



②モデルバンク：障がい者のさまざまな活動や生活の工夫などの場面の動画を地域の医療・介護の施設で共有し、これからリハを行っていく患者が参考にしたり、目標にしたり、社会参加のイメージを持ったりするためのデータベースを作成しています。現在はまだ動画を収集し、共有の方法や個人情報や著作権の取り扱いを検討している段階ですが、来年度中に運用を開始できることを目標にしています。

③お出かけマップ：障がい者トイレマップを作成し公開していましたが、現在は協力店舗や公共施設などの全般的なバリアフリー状況を冊子にまとめて共有すべく、取材を開始しています。

当地域は最も医療・介護資源に乏しい地域の1つです。既存の制度に依存するのみでは、リハの充実した街づくりはできません。今後も、発展途上国におけるCommunity-Based Rehabilitationの日本版になるような地域づくりを目指したいと思います。

（総合病院国保旭中央病院
リハビリテーション科 藤本 幹雄）

進行性核上麻痺（以下PSP）は2003年にパーキンソン関連疾患として特定疾患に認定された難病です。10万人に4～7人程度という患者数の少ない病気であり、原因は不明で治療法もまだ確立されていません。PSP患者の家族としての体験とリハ医の方々への期待を綴らせていただきます。

<父の場合>

1995年1月、西宮市にある私の実家は阪神淡路大震災に襲われました。親しかった近所の方が亡くなったり長年住み慣れた街並が崩壊するのを目の当たりにしたことは、父にとってはかなりの衝撃だったと思われます。それが原因かどうかは分かりませんがその直後から字がうまく書けない、転ぶ、ろれつが回らないという妙な症状が表れ始めました。1997年県立病院の整形外科で「頸椎性脊髄症」と言われ、首の牽引やプールでのリハビリが始まりました。しかし、改善は見られず転倒の回数は増える一方で、頭部を何針縫ったことか。家族にすれば、どうして手もつかずに丸太のように転ぶのか、どうして気を付けようとしめないのか不思議でたまりませんでした。数年後、内科で今度は「脊髄小脳変性症」と異なる病名が告げられました。さらに症状が進んで眼の上下運動ができない、首が後ろに反る、など特徴的な症状が顕著になってきた2002年、ようやく大病院で「進行性核上性麻痺」と診断されたのでした。その頃には、車いすに座ると体は横に傾き、拘縮がひどくなって首を動かしたり手足を伸ばすのが難しくなっていました。母は何とかリハビリで体を動かさないと大変なことになると危機感を覚え、リハビリ科を訪れたのですが相手にしてもらえず、失意の中で我流で手足をさすったり動かしたりを熱心に続けていました。その後、胃ろう造設や気管切開など厳しい闘病生活が続きましたが、最終的には療養型病床を持つ病院に入院でき、この病気のベテランの先生方、看護師さんたちにお世話になりながら、80歳で亡くなりました。2006年のことでした。

<のぞみの会の設立>

当時この患者数の少ない病気の情報を得るのは難しいことでした。インターネットで探したところ、PSP患者の父を持つ女性が、メーリングリストを運営されていることを見つけました。早速、登録して同じ立場の人たちと交流することができたのです。心強いだけでなく、具体的な知識を得ることができ精神的に救われたのでした。次第にその仲間の中で、全国組織を作って活動の幅を広げようという意見が出てきました。そして、2009年1月に「全国進行性核上性麻痺の患者・家族会（PSPのぞみの会）」を立ち上げる運びとなりました。

現在、「のぞみの会」は9人のボランティアで運営を行い、会員数は約250人という小さな会です。私が担当している近畿地区では、年に数回交流会を開き、専門家に講演をしていただいたり、参加者同士で情報交換をしたりしています。PSPの初期には転倒が多いので、患者さんが外出するのは結構大変です。それで、必然的に交流会の参加者はほとんどが介護者になります。この点は他の病気の会との大きな違いではないかと私は思っています。またこの

リハ医への期待

第16回

進行性核上性麻痺のリハビリテーション

全国進行性核上性麻痺の患者・家族会「PSPのぞみの会」近畿地区世話係

濱ノ上史子

病気は比較的早期に意思表示が難しくなりますので患者本人が窮状を社会に訴えるというような迫力に欠けるのが現実です。それどころか「痛い」「かゆい」「暑い」「寒い」「お腹が空いた」など日常の基本的なことも自分から訴えるのが難しいので介護者は想像するしかありません。このことは深刻な問題で、症状が進んで胃ろうや気管切開の決断をするような重大な局面でも、「この人はどんな風にして欲しいだろうか」と想像して家族が決断しなければならないケースが多いのです。「一生懸命介護しているつもりだけれど、本人は喜んでくれているのだろうか」「私の判断は間違っていたのではないか」など介護者は日々こんな切ない不安を胸に秘めている訳です。そして介護者の願いは「痛い思いや苦しい思いをせず、毎日毎日を穏やかに過ごさせてあげたい」というささやかなものです。

<リハへの想い>

のぞみの会の交流会の中で患者さんや介護者から出た意見を挙げてみますと、リハビリへの期待が大ききく、できたら専門家の手に委ねたいというのが読み取れます。

- 施設が熱心にリハビリを実施してくれるので、本人の顔つきがよくなり満足している
- 体の拘縮が進んで心配だが、リハビリを受けると確かに改善される
- PTさんに指導してもらおうと、歩けるようになるので驚いた
- 対症療法ではなく、理にかなったリハビリを受けたい
- 調子が悪くなるとリハビリ入院をする。これを繰り返して体調管理をしているので症状があまり進んでいない
- リハビリを頑張ってほしいので、つい厳しくなり患者が委縮してしまう
- 家庭のリハビリではすぐ喧嘩になるので、他人に任せたい

<リハ医への期待>

最近では病気の認知度が上がってきたせいか、ごく初期に診断が下されるケースが多くなっています。患者さんにとっては辛いことかもしれませんが考えようによっては対策が打って幸運なことです。進行性の病気なので、脳卒中などの社会復帰を目指すリハビリではなく嚥下、構音など体の機能維持や拘縮予防などが目的であることの理解が必要です。リハ医と神経内科医とが連携してリハビリの重要性を患者家族に語っていただき、それぞれの患者に合ったオーダーメイドのリハビリ計画（在宅介護も多いので介護者の助けになるようなリハビリも含めて）を示していただけたらと思います。リハ医と神経内科医とが闘病生活に寄り添っていただけるなら、どれほど頼もしいことでしょう。

介護保険の整備も進み、訪問リハ、訪問看護など様々なサービスも充実してきたようで「親切にしてもらっています」という感謝の言葉を会員さんからよく聞きます。しかし、PSPと診断され、訳が分からず闇の中で手探り状態の方々もたくさんおられるはずで、専門医の確かな知識と技術で、PSP患者と家族を支えていただきたいと期待しています。

専門医会コラム

第7回日本リハビリテーション医学会 専門医会学術集会◎報告

第7回日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会 代表世話人 青柳 陽一郎
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

2012年11月17～18日の2日間、名古屋国際会議場で第7回日本リハ医学会専門医会学術集会を開催しました。「最先端の鼓動—Rehabilitation Medicine at the Cutting Edge—」をメインテーマに、明日から臨床応用可能な最先端のリハトピックスに焦点を当て、専門医会としては、はじめて2会場並列で行いました。摂食・嚥下リハ、脳可塑性、神経筋疾患、運動器リハ、高次脳機能障害、マネージメントを中心に、第一線で活躍されている先生方から貴重なご講演をいただきました。各シンポジウムの前にそのトピックスに関連した講演を設定し、基礎から最先端まで深く網羅できるようにプログラムを工夫しました。また専門医会としては、今回はじめて海外から2人のリハ科専門医を招聘しました。アルバータ大学（カナダ）のChan教授、ソウル大学（韓国）のOh教授から、それぞれ最新の電気刺激、経頭蓋磁気刺激に関する講演をしていただきました。参加された先生方には、熱心に拝聴・議論され、堪能していただけたと思います。

1日目夜の意見交換会には約200名の先生方にご参加いただき、大盛況でした。名古屋グルメに舌鼓を打ちつつ、リラックスしてご歓談いただき、有意義な時間を過ごしていただけたのではないのでしょうか。2日間を通して、最先端リハ医学に関する斬新なアイデアや、臨床応用に向けた熱気溢れ



るディスカッションがフロア内外から飛び出すなど、活気に満ちた専門医会となり、大変喜ばしく思っております。これを機に、最先端リハ医学の鼓動が深く、広く伝導し、全国の臨床・研究・教育がさらに活性化されることを期待してやみません。

皆様のご支援・ご協力のおかげをもちまして、約1000名という多数の先生方にご参加いただき、盛会裡に終了いたしましたこと、感謝申し上げます。

専門医会市民公開講座◎報告 (50周年記念事業専門医会企画)

本学会50周年記念事業「リハビリテーションを考える日」市民公開講座～リハビリテーション科専門医とともに考える脳卒中の予後～が、2012年9月30日にパシフィコ横浜で開催されました。当日の関東地方は台風直撃という悪天候にもかかわらず、約600人の参加があり、盛大な会となりました。「リハを考える日」菅 俊光実行委員長の挨拶の後、水間正澄理事長、安保雅博理事、菊地尚久専門医会幹事長が、リハ科専門医による診療の優位性、急性期・回復期・生活期（維持期）におけるリハの役割、先進的リハ治療について講演され、歌手の西城秀樹さんに脳卒中リハの体験談をお話いただきました。西城秀樹さんは、「脳卒中の障害は）闘うというより、受け入れて共存していくもの」「受け入れた上で、その先の一步を踏み出す勇気が大切」とお話しされ、「一步一歩できることからやって行く」という力強いメッセージを送っていただきました。講演後は、登壇者全員でパネルディスカッションが行われ、会場からの質問について討論されました。今回の講座は、文字通り「リハビリテーションを考え



る日」となり、患者さんやご家族のみならず、学会員にとっても有益な活動になったと思います。この模様は2012年11月4日の朝日新聞全国版に1ページ全体にわたり掲載されました。
(文責 笠井 史人)

新幹事の紹介

専門医会幹事長 近藤 和泉

独立行政法人国立長寿医療研究センター機能回復診療部
老年学・社会科学研究センター自立支援開発部

専門医会幹事長を拝命しました近藤です。幹事の先生達の自己紹介をお読みになってわかると思いますが、幹事会はこのように多士済々なメンバーを迎え、今後の専門医会の益々の発展に貢献できるものと確信しています。

副幹事長 大串 幹

熊本大学医学部附属病院
リハビリテーション部

専門医会副幹事長の大串幹です。皆様の温かいご支援のもと「リハ科女性専門医ネットワーク (RJN)」は活動しています。今後も多くの優れたリハ科専門医育成のためによりいっそうアピールできる活発な活動を目指して頑張っています。

副幹事長 笠井 史人

昭和大学医学部
リハビリテーション医学教室

二期目の昭和の大の笠井史人です。リハ医療は対象も仕事も多くの形態があり、様々な先生がいらっしゃいます。偏ることなく全ての先生方に専門医会があってよかった！と感じていただけるような仕事を目指します。

青柳 陽一郎

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

今回で3期目になります。専門医の先生方のご意見・ご要望を頂戴しながら、新専門医制度に即したリハ科専門医の重要性をアピールさせていただくとともに、リハ医療のさらなる普及とリハ医学の発展に貢献させていただきたく存じます。よろしくお願い申し上げます。

大田 哲生

旭川医科大学病院
リハビリテーション科

旭川医科大学病院にきて1年半が経過。これまで以上にリハ科専門医の育成とリハ医療普及の必要性を感じております。確固たる診断技術を身につけたリハ科医の育成は急務です。専門医みんなで協力して育てましょう。

下堂 蘭 恵

鹿児島大学大学院歯学総合研究科
リハビリテーション医学

この度、リハ科専門医会の幹事に選出していただき、心から御礼申し上げます。今後、新専門医制度への対応やリハ科専門医の増加、リハ医学・医療の発展に力を尽くし、さらに魅力ある専門医会を目指したいと思います。

中村 健

和歌山県立医科大学
リハビリテーション医学

私は1993年産業医科大学を卒業後、一貫してリハ医療に取り組んでまいりました。現在、近畿地方会副代表幹事も務めており、地方会とも協力し新幹事としてリハ医学・医療の発展と普及に努めてまいりたいと思います。

平岡 崇

川崎医科大学
リハビリテーション医学教室

今回専門医会幹事に初当選させていただきました川崎医大の平岡崇でございます。専門医制度が大きく変わろうとしている変革期の専門医会幹事として、その重責を果たすべく全力で務めさせていただきます所存です。

藤原 俊之

慶應義塾大学医学部
リハビリテーション医学教室

私の臨床、研究、教育の経験をいかし、専門医の学術・技術の向上、国際化のために、SIG活動、ワークショップ、ハンズオンをactiveに進め、皆さんと一緒に専門医会を盛り上げていきたいと思っています。

八幡 徹太郎

金沢大学附属病院

リハ科専門医のステータスを向上させるためにはどうすべきか、医学生や若手医師がリハ医療に関心を持ってくれるにはどうすべきか、皆様とともに考えていきたいと思っております。よろしくお願い申し上げます。

訃報

名誉会員 土肥信之先生
(兵庫医療大学教授、享年七十一歳)
が、去る二〇二二年十一月四日に
ご逝去されました。
謹んでお知らせするとともに、
ご冥福をお祈り申し上げます。

2012年度医学生リハセミナーに参加して

2012年度医学生リハセミナーには、9施設35名の参加がありました。今年度も昨年度とほぼ同じ参加者数となりました。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

《2012年度春期・GW》

【産業医科大学】

産業医科大学での3日間のリハセミナーを終え、非常に充実した気持ちです。リハ科医の日常を知ることで、多くのことを学ぶことができました。外来や回診、カンファレンスを見学させていただくことで、今までどうしてもイメージすることが難しかったリハ科医という存在を身近に感じることができ、自分の将来を明確にイメージすることができました。以前は、リハを計画することがリハ科医の主たる仕事だと考えていましたが、検査、診断、計画、対話、修正、連携など必要とされる仕事が多岐に渡り、その一つ一つが極めて重要であるということを知りました。また、多くのリハ科医である先生方、コメディカルの先生方とお話させていただく機会に恵まれ、私の細かな質問にも丁寧に回答していただき、将来に活かすことのできる知識を得ることができたことにも大変満足しています。

私は、病気になった患者さんが「元気だったあの頃」に戻るまで、医療者は患者さんに寄り添い、全力で医療を提供していくべきだと考えています。そのような信念、そして、対話を重視するという自分自身のパーソナリティから、本当にリハ科医になりたいと思っています。産業医科大学でのリハセミナーを通して、その思いをより一層強固なものにすることができました。このような機会を設けてくださり、貴重なお時間を割いてまで指導をしてくださったリハ講座の諸先生方に心よりお礼を申し上げます。本当にありがとうございました。

【昭和大学】

医学部に入る頃からリハに興味があり、5年生の実習が始まる前に一度本格的に見学させてもらえる機会があれば、ということで今回2日間の見学をさせていただきました。

リハに抱いていた印象は漠然と「トレーニングを主にやっている」であった。しかし、先生方の説明や実際の病院内の様子を見て、トレーニングはほんの一部のことであり、むしろどう戻すのかというところを含めて考えると、その仕事内容は非常に多岐に渡っていることに驚いた。そして、臓器や手段で分けられた科ではないため総合

的な診察能力が必要とされる機会が多く、専門性と同時に他科よりもそういった部分を身につけなければならない必要が大きいように感じられた。退院したから自分たちの役割は終了するのではなく、その後のくらしにおいて不便を感じないようにするにはどうしたら良いかということも継続して一緒に考えていかなければならないという点においてリハ科の担う役割は非常に患者さんにとって退院後も一生重要なものになっていると思え、自分としては強く興味を湧いた。

見学では、主に外来、リハ、退院前訪問指導を見学させていただいた。共通していることは前述の通りくらしを意識していたことである。ライフスタイルなどによってゴールは異なり、実現するためにどうするかを様々な職種の人たちが協力しあうということは講義や本で想像していたものよりも生き生きと行われていた。リハは、スタッフ全員の努力によって成立していると感じた。

最後ではありますが、お忙しい中私のために時間を取っていただき本当にありがとうございました。私自身不勉強で先生方にご迷惑をお掛けしたかと思いますが、一つ一つ丁寧に説明してくださり、温かく迎え入れてくださったことを心から感謝しております。今後も勉強を重ね、先生方とまた会える日のため努力していきたいと思えます。

【東京大学】

大学4年の春休みに2日間、東京大学附属病院リハ科を見学させていただきました。リハ科の現場に関する話から、卒後どのような道の選択肢があるのかという一歩踏み込んだ話まで、担当の先生が1対1でしっかりと説明してくださいました。実習では、ICUや病棟での術後急性期リハを含めた、理学療法士さんによるリハ・リンパ浮腫外来・小児整形外科外来など、リハ科の多様な側面を見学することができました。特に小児整形外科外来では珍しい症例の患者さんが多かったですが、根治はできなくとも、少しでも過ごしやすい生活ができるよう患者さんと家族・リハ科が一体となって治療するということが、医師として非常に大切な心がけであると感じさせられました。

2日間という短い間でしたが、非常に多

くのことを学ばせていただきました。ありがとうございました。

【大阪医科大学】

私は、医療の大学の講義がきっかけでリハ科にとっても興味を持ちました。その後、実際に病院実習を経験して、様々な疾患を持つ患者さんを担当させていただきました。リハを必要とする患者さんもおられましたが、実習期間の都合もあり、実際にリハされているところに関わることがほとんどできませんでした。リハについて、またリハ科医について、もっと知りたいと思ってセミナーに参加させていただきました。

大阪医科大学では、先生の数が多く、それぞれの先生方が嚥下機能評価やボツリヌス療法など多彩な分野のリハに携わられていることが印象的でした。リハがとても幅広いものであると感じ、学ぶことが多く興味深いと思いました。カンファレンスでは、スタッフの多さにも驚きました。リハ科では多くのスタッフが関わって、チーム医療を実践しているところも、とても魅力的だと思いました。

今回のセミナーでは、大学の実習では経験することができないことをたくさん経験させていただきました。播磨の回復期リハセンターでは、初めて、音楽療法、園芸療法を見学しました。開放的な空間で生き生きとリハに励む患者さんの姿がとても印象的でした。リハは患者さんにとってはとてもエネルギーがいることだと思います。患者さんが積極的に取り組める環境を考えるのもリハ科医の役割なのだとことを知ることができました。また、嚥下機能評価を、身をもって体験することができました。患者さんの気持ちを少しでも知ることができた気がして、貴重な体験でした。

お忙しい中、このような機会を設けていただいて本当に感謝しています。今後、様々な物事に出会う中で自分の医師像を作り上げていくことになりませんが、私は患者さんのリハまで考える医師になりたいと思っています。本当にありがとうございました。

【藤田保健衛生大学】

▶やはりリハ医学はおもしろいと思いました。社会的にもとても重要な医療だと再認識しました。患者さんの治療経過（内

服や処置など含め)何をしてどのような変化があって、その後どうなったかなど、みてみたいと興味が湧きました。

▶歩行用ロボットの話は非常に新鮮だった。細部にまで工夫、気配りされていて素晴らしいと思った。本当にさらなる発展が期待できる分野なのだ実感した。リハは臓器別の医療とは異なった患者さんに対する視点が沢山あるのだと、とても新鮮に感じました。

▶リハ医学にとっても興味が湧きました。今回は自分でリハを体験するプログラムであったのですが、次回は患者さんともっと接することができたらなと思いました。

▶患者さんが召し上がっている食事(と

ろみ、きざみ、全粥など)の違いがよく分かっていなかったの、教えていただけありがとうございました。また試食できたのが良かったです。内視鏡では様々な形態の食物の嚥下動態の違いを観察でき、興味深かったです。

▶装具体験では実際にどう動かすのがいいのか、よく分かりました。半側空間無視の方が課題をしていらっしゃる様子を見たことが今までありませんでしたので、今回、初めて拝見し、どのように空間を認知し、注意を払っていらっしゃるのかが分かりました。訓練体験も楽しかったです。「楽しみつつ良くなるにはどうしたらよいか」その視点、アプローチが素敵だと思います。

▶内視鏡を実際に使ってみたのは初めてでした。嚥下障害のための手術があるのは興味深かったです。嚥下食がおいしいという他の参加者の感想は印象深かったです。

▶もともと今後の高齢化社会がもっと進行していくので、リハが重要だと理解していましたが、リハ科医が何をしているのかわらなかったので、今回貴重な体験になりました。興味ももっと湧きました。

▶回復期病棟を担当するようになってからリハ科医が介入することの重要性をひしひしと感じています。排泄機能検査や呼吸器リハ、心臓血管リハもなかなか研修する機会がないので、いつか勉強させていただければと思います。

《2012年度夏期》

【鶴岡協立リハビリテーション病院】

午前の実習について、食事介助など貴重な経験をさせていただきました。現場の雰囲気も、その大変さもより深く分かった気がします。

午後の実習について、10件の往診を見学できました。ミーティングでは、その説明なども詳しく教えていただきました。一日を通し、先生より興味深いことを話していただきありがたいと思いました。

現場に受け入れていただき、雰囲気を肌で感じることでとてもありがたく思います。

問診も多く見学させてもらい、また、お話を先生から直接聞くことができ、本当に見学に来てよかったと思います。

先生の患者さんへの接し方(優しく、前向きな対応)を見て、落ち着いているし、信頼される態度・姿勢に影響を受けました。他、多くの考え方に感銘を受けました。

病院や医局の雰囲気はとても温かい雰囲気でした。職員の方も私を優しく受け入れてくださいました。

職員の患者さんへの対応について、前向きで、励ましの言葉をさりげなく掛けたり、すごい気遣いだと思いました。見習いたいと思います。

【藤田保健衛生大学】

▶小児リハの特に実習が面白かったです。体の動かし方や反射の利用法の基礎に触れることができました。4月の見学とは異なったものをまた見せていただき、とてもありがたかったです。患者さんを拝見した際に先生方が、時折気づいた点や注目点について語ってくださったのが特に勉強になりました。私が一人で漫然とみていただけではわからなかったポイントを知ることができました。先生方の医師としての、と

きに非常に感銘を受けました。「できることは何でもしよう」「なんとかしてより楽しく生活できるように」精神的にあらゆるものを利用し、試行錯誤を繰り返して取り組んでいらっしゃる姿が非常に印象的でした。リハに興味はわきました。先生方がどのように「リハ科医としての着眼点」を身につけられたのか……元々お持ちだったのか、なども伺えばよかったな、と今は思っております。もしも、もう少し長期の見学が可能であるならば、患者さんの診察やゴール設定、処方などに関わり、変化を見ることができたらよいな、と思います。セミナーでいろいろな内容を見学させていただいたのはもちろんですが、何よりもありがたかったのは、先生方が懇親会にまで時間を割いてくださって、直にたくさんのお話を伺い、人生の先輩としてのアドバイスをいただけたことでした。今後リハに進むにせよ、他の道に行くにせよ、先生方から伺えた言葉が今後どこかできっとまた思い出されるだろうと思いました。本当にありがとうございました。

▶セミナーに参加する前は、リハ科医=整形外科医というイメージで、外科ができなくなった整形外科医になるものと思っていました。セミナーを参加して勉強させていただいた後では、リハ科医は全身管理、リハの方向性を決定する医師であり、また、患者の生活まで必要なら介入する総合診療医的な医師であると思うようになりました。急性期の治療も必要だが、回復期の治療もあり、また、そこに医師がいるということが勉強になりました。さらに、リハ科医が能力獲得を目指すものであることは、目からウロコでした。リハ科医・医療に興味を持ちました。またできれば、患者さんがリハをうけることでどれだけ回復するのかが見てみたいです。リハの効果を体験してみたいです。全体としては、概要をよく見え、楽しいセミナーになりました。

セミナーに参加させていただき、ありがとうございました。

▶摂食嚥下に興味があり参加したが、脳卒中患者さんへの様々なリハをみてすごく興味が湧いた。ベテランの先生から若手の先生までリハ科医としてのお話を3日間じっくり伺うことができ、楽しかった。神経内科をしっかり学んでまたリハにふれたい。

▶実際にリハ科医がどういうことをされているのかイメージできた。ロボットの仕組みは難しかったけど、それをリハに活かしてどう患者の回復の効果につなげるか、それも楽しんで継続してもらおうかと言う考えはとてもシンプルで臨床的だと思った。

▶オリエンテーションはリハ科が何をしているかとかが具体的にわかって楽しかった。歩けない人が歩けるようになっていっているのを見てすごいと思った。全体を通して新しいことばかりで楽しかった。

▶動作解析、嚥下3DCTなどの新技術は単純に凄いと感じたので面白かったです。リハカンファレンスは自分に知識がなかったのが面白く感じられませんでした。病院内の活動の雰囲気を感じることができて有意義でした(セミナーから外した方がよいという意味ではない、ということです)。信濃医療福祉センターという自分の大学にごく近い施設で全国から母子入院を受け入れておられることを知ることができました。また忍耐強いリハに頭が下がる思いがしました。

以前からリハ医学に関心がありましたが、リハの主役は理学療法士・作業療法士であり、リハ科医には大した役割はなく第一線を退いた整形外科医や脳外科医になるものだ、という先入観がありましたので、リハ医学を専門とすることにはためらいがありました。しかし、今回のセミナーに参加して、リハを十分に理解した医師によるマネジメントはリハの成績を向上させるた

めに重要であることがわかりました。また、家庭医や総合内科医となることにも関心があったのですが、そのような関心はリハ科医となってリハ中の患者さんの健康管理を行うことを通して生かすことができる、という指摘も新鮮に感じました。このように今回のセミナーではリハ科医となることの魅力を大いに感じ取ることができました。おかげでリハ科医を目指すことを真剣に検討したいと考えるようになりました。どうもありがとうございました。

▶2011年、リハに興味を持ちましたが、学校の講義がまだで、ポリクリもまだ始まっていなかったのも、いきなり病院見学をするのは迷惑かなと思っていました。そんな中で、このセミナーの存在を知り、今の自分に最適なセミナーなのではないかと期待をもって来ました。実際に来てみると、期待以上の内容で大変勉強になりました。また、それ以上に、どの先生方も優しく、どんな質問にもささくに答えていただ

けて、セミナーの内容以上に多くのことを知ることができました。研究内容、仕事内容、手技の実習なども十分勉強になりました。もっと知りたかったのは、リハ科医の1日、1週間、1カ月のスケジュール（もしくは10年単位のプランなど）などで、自分がリハ科医に進むと決めた場合どんな働き方をするのか、どんなキャリアプランを形成するのかを考えたかったです。このセミナーをもとに、次は他の病院（関西、福井など）も見学したいなと思います。もちろん、このセミナーもまた参加したいです。

▶今回は1日しか参加できなかったが、実際に見て回ったり体験したりすることが多く、とてもよい経験になった。次は3日間参加させていただけたらと考えている。

▶PTの方との対話で、PTと在宅、医療のあり方が理解できたのは有意義でした。麻痺の患者さんの身体診察を実践させていただいたのは貴重な体験でした。PT

以外の職種の方のお話も聞いてみたいと思いました。無視についての講義を聞いたのはよかったと思います。意識の高い上級生たちと現場の先生の話聞いたのが特に有意義でした。基礎知識はありませんでしたが、それでも理解できるように話してくださいるので助かりました。前回、1日だけの体験でしたが、今回3日間学べたことで、リハ科医についてより広くかつ深く学べることができました。

▶一度、研修病院の都合がつけば1カ月程リハで研修して一人の患者さんを診てみたいと思いました。

▶全体を通して、大学でのリハ、急性期、回復期のリハを見学できました。3日目では診察の様子や実際に患者さんを診察させていただき、勉強になりました。リハ処方の様子なども見学したかったです。リハ効果を知るには長く患者さんを診る必要があると感じました。回復期で患者さんを担当することも大切だと思いました。

2013年 医学生セミナー にご協力いただける施設

届け出施設名称	
北海道	北海道大学病院リハビリテーション科
	札幌医科大学
	医療法人深仁会札幌西円山病院
	元生会 森山メモリアル病院
東北	いわてリハビリテーションセンター
	宮城厚生協会坂総合病院
	宮城厚生協会長町病院
	東北大学病院
	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
	国立病院機構山形病院
	鶴岡協立リハビリテーション病院
関東	群馬大学医学部附属病院
	埼玉医科大学
	日本医科大学千葉北総病院
	亀田総合病院
	千葉大学医学部附属病院
	医療法人社団保健会 東京湾岸リハビリテーション病院
	東京都立神経病院
	慶應義塾大学病院 リハビリテーション科
	東京慈恵会医科大学
	東京厚生年金病院 リハビリテーション科
	杏林大学医学部 リハビリテーション医学教室
	東京大学医学部附属病院リハビリテーション部
	虎の門病院分院
	公益財団法人東京都保健医療公社多摩北部医療センター
	昭和大学医学部リハビリテーション医学講座
	医療法人財団天翁会 新天本病院
	東海大学リハビリテーション科
	横浜市総合リハビリテーションセンター
	新潟大学歯学総合病院 総合リハビリテーションセンター
	山梨民医連 石和共立病院
北陸	富山県高志リハビリテーション病院
	医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター
	恵寿総合病院
	金沢医科大学病院リハビリテーション医学科
	金沢大学附属病院 リハビリテーション部
	福井県立病院

届け出施設名称		
中部・東海	長野厚生連 佐久総合病院	
	鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院・三才山病院	
	輝山会記念病院	
	第21回伊豆リハビリテーション夏期セミナー (主催：医学生とリハビリテーションを語る会、 共催：NTT 東日本伊豆病院)	
	静岡市立清水病院	
	聖隷三方原病院	
	医療法人豊田会刈谷豊田総合病院	
	愛知医科大学病院	
	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	
	藤田保健衛生大学七栗サナトリウム	
	近畿	滋賀県立成人病センター
		滋賀県立リハビリテーションセンター
		社会医療法人大道会 森之宮病院
		大阪労災病院
近畿大学医学部附属病院		
社会医療法人愛仁会 高槻病院		
大阪医科大学 総合医学講座 リハビリテーション医学教室		
関西医科大学附属枚方病院・滝井病院		
仁寿会 石川病院		
兵庫医科大学病院		
和歌山県立医科大学附属病院		
和歌山生協病院		
中国・四国	島根大学附属病院リハビリテーション部	
	出雲市民リハビリテーション病院	
	岡山大学病院総合リハビリテーション部	
	吉備高原医療リハビリテーションセンター	
	川崎医科大学および川崎医科大学附属病院	
	広島市総合リハビリテーションセンター	
	公立みつぎ総合病院	
	広島大学病院リハビリテーション科	
	医療法人社団 朋和会 西広島リハビリテーション病院	
	伊予病院	
	松山リハビリテーション病院	
	医療法人川村会 くぼかわ病院	
	社会医療法人近森会 近森リハビリテーション病院	
	九州	産業医科大学
		医療法人 相生会 新吉塚病院
		社会医療法人社団 熊本丸田会 熊本リハビリテーション病院
鹿児島大学病院		
独立行政法人国立病院機構 鹿児島医療センター		
鹿児島大学病院霧島リハビリテーションセンター		

当総合リハセンターは1975年より整形外科所属の理学療法室から独立し、中央診療部門の理学療法部として、第一歩を踏み出しました。それ以来、30余年で様々な変革を重ねてきました。中でも2006年1月の新病棟開院の際に、現在の東館2階に移転し、それと同時に名称を「総合リハビリテーションセンター」に変更しました。現在も中央診療部門の一部ですが、診療科に格上げするべく、地道に活動を進めています。総床面積は704 m²と広いリハ室となっており、年間延べ3万人強の患者様のリハを行っています。

スタッフは、PTが10名、OTは4名、STは4名、看護師は3名、医師は整形外科の遠藤直人教授（当センター部長）、木村慎二（副部長・准教授）と張替徹（助教）の3名（すべてリハ科専門医）です。さらに摂食嚥下リハ部門の非常勤歯科医7名、呼吸リハ部門の非常勤内科医2名も含め、総勢40名強で運営しています（写真）。また、2012年4月から、曾川裕一郎リハ科医師（大学院生）がリハ診療を援助してくれています。

施設基準は、脳血管リハ（I）、運動器リハ（I）、呼吸器リハ（I）を取得していますが、心リハに関しては現在、準備を進めているところです。診療の特徴は大学病院ならではの神経難病、悪性疾患をはじめ、2009年の高次救命災害治療センターの開院に伴い、多発外傷、全身重度熱傷など



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

〒951-8520 新潟県新潟市中央区旭町通 1-754

Tel : 025-227-0308, Fax : 025-227-2743

E-mail : skimura@med.niigata-u.ac.jp

URL : <http://www.nuh.niigata-u.ac.jp/rehabili/rehatop.htm>

も多くなっています。特色ある治療として、難治性の慢性疼痛を伴う複合性局所疼痛症候群に対して、麻酔科での持続ブロック下にリハを行う治療や、慢性疼痛を伴った腰痛症や変形性膝関節症に対して、麻薬系鎮痛剤を併用した新しいリハ診療を行っています。さらに研究として、脳血管障害地域連携パスの効果的運用、慢性疼痛患者のリハ効果、大学病院での廃用症候群の特徴とリハ効果、ピエゾセンサーを用いた非侵襲的嚥下評価法の確立等の研究を行っています。

当リハセンターは県内で唯一の大学病院（特定機能病院）リハ診療機関であることから、新潟県全体の地域医療（脳卒

中地域連携パスおよび大腿骨頸部骨折地域連携パスの推進等を含め）、癌および難病リハ、介護予防・生活支援の充実、さらにコメディカルを含めたりハ関連スタッフの育成を目指しています。さらには新潟県全体のリハ診療レベルの向上を図るため、新潟リハ研究会（<http://www.med.niigata-u.ac.jp/reh/index.html>）も運営し、年に1回の日本リハ医学会教育研修会、2カ月に1回の勉強会等の開催も行っています。今後とも、新潟大学医歯学総合病院、総合リハセンターのご支援をよろしくお願い申し上げます。

（木村 慎二）

学会創立50周年記念
エッセイ

リハ科医になって

白浜はまゆう病院 小口 健

私は神経内科医で出発しました。卒後7年目に阪大病院でリハ担当となり、様々な分野の急性期リハを担当させていただきました。今もリハに関する判断はこの時の経験が元と思います。その後2005年に白浜はまゆう病院に赴任しました。白浜町は和歌山県紀南地方に属し、温泉や海水浴で有名な観光地ですが人口は2万人の小さな町です。高齢・過疎化の深刻な地域です。着任時からリハに関する診療を任せられました。療法士は23人で紀南地方ではリハの基幹病院として機能しております。救急や内科等も担当し全身的な診療の経験も重ねるよう努めました。

2010年度は回復期病棟37床で計249症例でした。多くは脳卒中と整形術後です。みなべ町等の梅産地では梅農家が多く、お年寄りも梅作業の一員として役割があることもあります。2011年9月台風12号で甚大な被害を受けたような山村にお住まいの方もおられます。療法士は車で片道1時

間半程の距離なら訪問調査をしています。土間や石段のあるような昔ながらの家屋も多く、そこで自立していくべくリハに励まれます。リハの仕事は増えていますが、リハ科医は増えずに困っています。2010年度には認定臨床医が2人誕生しました。が、医局のローテで合格と同時に2人とも戻られました。リハ業務も内科医師に助けていただいているのが現状です。

都市でない多くの地域、地方では医師が少なく、診療科もそろっていません。そんな地域では医師は何科という拘りなく患者のニーズに対し持っている知識、技術でできる限りのことを行う必要があります。リハ科医の幅広い知識が最も役に立ち、最も活躍できる環境であると思います。深刻化する過疎地域に対し、手を差し伸べることができるのがリハ科医だと思います。リハの面白さを実感し、地域で活躍できる若い医師が続いてくれることを心待ちにしております。

第71回日本脳神経外科学会学術総会

日本脳神経外科学会第71回学術総会(会長 大阪大学脳神経外科 吉峰俊樹)は2012年10月17日から19日にわたり、大阪国際会議場にて開催された。参加者5606名、演題数2110題はいずれも過去最高であり、盛況な会であった。

今回は「**脳神経外科という医学—医学に育ち医学を伸ばす—**」というテーマのもと、特別講演、教育講演、シンポジウム、セミナーが企画された。特に、脳神経外科が医学の一領域として、その進歩のためには医学全般の進歩を取り入れ、また逆に脳神経外科の進歩が他領域の進歩に貢献するとい



う理念のもとに、多くの特別セミナーにて他診療科の近況が紹介された。

また脳神経外科は他領域と境界明瞭に分離された領域ではなく、他領域と融合、連携して大きく発展することが一層重要となる時代を迎えるとの考えのもと、サテライト企画としてInternational Symposium on Clinical Application of Brain-Machine Interfacesが開催され、国内外のBMI研究の第一人者10名が講演し、BMIの臨床応用に向けた研究の最先端が紹介された。リハ分野からの発表・参加も多く、リハ医学におけるBMI臨床応用への期待がうかがわれた。

(大阪大学医学部脳神経外科 平田 雅之)

第42回日本臨床神経生理学会学術大会

第42回日本臨床神経生理学会学術大会および第49回日本臨床神経生理学会技術講習会は、2012年11月8日から10日まで日本大学医学部脳神経外科講座片山容一教授を大会長に東京で行われ、多数の参加者がありました。日本臨床神経生理学会は、リハ科医や神経内科医などの医師だけではなく、臨床検査技師や理学療法士などの関連医療職種の会員も多いため、幅広い分野にわたっての研究発表や学術講演が行われました。本学会の特徴は、技術講習会が2日間にわたって行われること、脳波や筋電図などに関するハンズオンセミナーが、質量ともに充実しており、参加することで、すぐに臨床に役立つ知識や技術を身につけ

ることが可能なことです。私も学会の代議員をしていますが、その立場からは、より多くのリハ科医の先生に入会をしていただきたいと思えます。

メインテーマは「**ヒトの脳科学として：基礎から最前線へ**」とされており、注目を集めている磁気刺激法、Brain Machine Interface、ボツリヌス治療などの最新の治療についての議論がされていました。ノーベル賞を受賞された山中教授のiPS細胞を臨床応用することの議論ではいつも話題になっていますが、こうした新技術を臨床で実践していくためには、その適否について倫理的な側面からの考察を行っていく必要があります。今回の学術大会でも倫理

面についての議論がされていました。倫理面の議論には、関連医療職種の関係者、一般人および倫理学などの学術専門家の参加が不可欠であるのは議論を待ちませんが、こうした議論を主導していくのは、根本的な医療技術や臨床活動については最も精通している、我々、医師であることは確かです。学生時代に医療倫理学の講義を受けている先生がほとんどでしょうが、さらに広い方向から新技術についての検討をし、自分なりの考えを持っている必要があることを再確認させられました。

(大阪保健医療大学研究支援センター 阿部 和夫)

第36回日本高次脳機能障害学会

第36回日本高次脳機能障害学会学術総会は2012年11月22日～23日に、国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所教授である藤田郁代会長の下、栃木県宇都宮市の栃木県総合文化センターで開催されました。メインテーマは、「**研究と臨床の統合：未来への展開**」で、参加者は約1500名ととても盛況に行われていました。

今回、脳とコミュニケーションの関係について、「**統語機能、ノンバーバルコミュニケーション、進行性失語**」から迫ってみるということで、統語機能に関しては「日本語の統語障害」という会長講演をはじめ、パネルディスカッションでは「**統語処理の障害**」が企画されていました。また、特別講演はNina F. Dronkers教授(カリフォルニア大学)の「**文の聴覚的理解を支える**

脳領域の構造的・機能的結合」という中頭頭回が言語理解において広範囲の脳に連絡があるというような内容の講演でした。シンポジウムでは「**ノンバーバルコミュニケーション**」と「**進行性失語**」についてとりあげられていて、研究と臨床の面からそれぞれ詳しい報告がありました。一般演題も7会場にて高次脳機能障害全般にわたって口演、ポスター共多数発表があり、それぞれ活発な議論が行われていました。また、24日にはサテライトセミナー「**注意と意欲の神経機構**」があり、参加者は500名でした。とても充実した学会で新しい知識を得たり、高次脳機能障害について深く考えさせられたりしました。

(鹿児島大学リハビリテーション科 有馬 美智子)



2012 ロンドンパラリンピックレポート

医務班は医師3名と看護師3名の6名で構成され、3班に分け、時間帯を組み役割を分担しましたが、対応できる者が随時対応するようにし、閉鎖空間の選手村の医務室で、奔走しました。医務室を訪れた選手・役員件数は計328件。うち内科系（上気道炎・咽喉炎・口内炎など）が126件、整形外科系（腱鞘炎・筋膜炎・蜂窩織炎など）が202件。他に心理的な相談など、心理サポートは36件で夜間が多く、往診（選手の部屋への往診）も18件、競技場へは3件でした。ポリクリを利用した症例は1件、外傷によるもので、レントゲンで確認し、靭帯損傷のため固定のみ行い帰国しました。村外の病院を利用する症例はなく、大きな事故もなくなりました。ポリクリは時間がかかり過ぎて、検査から装具まで、約2時間40分かかりました。環境の変化や疲れから上気道炎なども多く、39度近い発熱が3名ほどいました。他には食事がとれないほど緊張して、おかゆを作り運んだり、排便の依頼もありました。2名は入浴介助がありました。女性は看護師が対応、男性は私が対応しました。体調や食事についての質問や指導は12件でした。

今回はIPCのWebサイトでの診察選手の管理や人数など毎日打ち込み、それに対して、メールでの返信やIPC医学委員の訪問、毎日電話の確認があり、IPCとして対応はどうか、日本の選手団の状態はどうか、不自由はないかなど、クラス分けについても、メディカルの意見をメール上で求めるなどということもありました。

一部の競技にはチームドクターもおり、互いに補う形がとれました。大きなけがや病気もなく、全員が無事帰国できたことに感



謝します。陸上・シッティングバレー・柔道に帯同いただいた先生をはじめ、各種目の役員の方、医務班の室谷先生、上出先生、田村さん、田嶋さん、阿部さん、ありがとうございました。今回の医務班は全員リハ科医で構成されており、それぞれの専門もありますが、幅広い知識と経験が大切だと思いました。

(岐阜大学医学部附属病院リハビリテーション部 青木 隆明)

協同医書出版社の好評書



身体と精神 大好評

ロマンティック・サイエンスとしての 認知神経リハビリテーション

カルロ・ペルフェッティ●著

小池美納●訳 宮本省三・沖田一彦●監訳

今もまだ 果てしなき旅の途上に…

『認知運動療法～運動機能再教育の新しいパラダイム』刊行から14年、カルロ・ペルフェッティの探求の軌跡が書籍になりました。日本人を対象に年に1回、イタリアで行われてきた講義記録の中から、ペルフェッティ自身によって編まれ、手直しされた10編の「講義集」。イタリア認知運動療法の重要な研究プロジェクト「認知を生きる」、そして「患者と話す」を経て、リハビリテーション“科学”の核心が追究され、その未来への方向が示されています。本書には、リハビリテーション医学の認識論、行為する主体者（患者）の経験の言語、メタファーの治療的活用、言語記述と行為の回復、訓練の現実への汎化、教育的経験と認知過程の回復、といったリハビリテーションにおける重要なキー概念を理解するための講義がすべて盛り込まれています。

協同医書出版社
http://www.kyodo-isho.co.jp

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

●B5変・212頁・定価4,200円(本体4,000円+税)
送料340円 ISBN978-4-7639-1067-7

Pariet®

処方せん医薬品*
プロトンポンプ阻害剤

[薬価基準収載]

パリエット®

錠10mg
錠20mg

〈ラベプラゾールナトリウム製剤〉

*注意—医師等の処方せんにより使用すること

Pariet®

- 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。

製造販売元



エーザイ株式会社

東京都文京区小石川4-6-10

商品情報お問い合わせ先：お客様ホットライン

☎ 0120-419-497 9～18時(土、日、祝日 9～17時)

PRT1009M04



骨粗鬆症治療剤(ミノドロン酸水和物錠)

[薬価基準収載]

ボノテオ®錠50mg

劇薬、処方せん医薬品
(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

Bonoteo®

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

製造販売 アステラス製薬株式会社

東京都板橋区蓮根3-17-1

[資料請求先] 本社 / 東京都中央区日本橋本町2-3-11

2012年12月作成, 85×180mm

●サルコペニアの摂食・嚥下障害をご存じですか！

サルコペニアの摂食・嚥下障害

リハビリテーション栄養の可能性と実践



◆若林 秀隆 (横浜市立大学附属市民総合医療センター助教) / 藤本 篤士 (浜仁会札幌西円山病院歯科診療部長) 編著
◆B5判 234頁 定価4,620円(本体4,400円 税5%)

◀最新刊▶

ISBN978-4-263-21869-3

■本書の特徴

- 現在、摂食・嚥下障害リハに取り組む医療人の間で、サルコペニア(筋減弱症)の摂食・嚥下障害について関心が高まっている。サルコペニアを知ることで、摂食・嚥下リハの効果がより高まるとともに、リハと栄養の関係(リハ栄養)の重要性を学ぶことができる。そこで本書では、サルコペニアの定義・原因、その評価と対応、そしてサルコペニアと疾患と病態の関係について、リハ栄養の意義を通じてわかりやすく解説した。

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 FAX03-5395-7611 <http://www.ishiyaku.co.jp/>

磁気刺激装置 マグプロ システム R30

認証番号：224AIBZX00013000



神経生理学分野のクリニカル・エグザミネーション、及び神経学、リハビリテーション、精神病学分野の研究リサーチ、診断用としてデザイン。

- クリニカルと運動誘発電位測定(MEP)
- 経頭蓋磁気刺激(TMS)
- 反復経頭蓋磁気刺激(rTMS)
- 機能的磁気刺激(FMS)

詳細は「マグプロ」で検索

マグプロ

検索

- PC不要の一体独立型：
制御部、処理部、表示部搭載
- 幅広い機能：
ワイドな刺激と、連続刺激が設定可
- 簡単操作：
ジョグダイヤルでプロトコル簡単設定、刺激制御
- 豊富なオプション：
MEP、単相波形刺激、コイルクーラー、等



Inter Reha
Advanced Rehabilitation and Healthcare

インターリハ株式会社
東京・仙台・名古屋・大阪・九州

〒114-0016 東京都北区上中里1-37-15
TEL.03-5974-0231(代) FAX.03-5974-0233
Email: irc@irc-web.co.jp http://www.irc-web.co.jp



プロトンポンプインヒビター

処方せん医薬品[※]

薬価基準収載

タケプロン® カプセル15・30
OD錠15・30
静注用30mg

(ランソプラゾールカプセル&口腔内崩壊錠、注射用ランソプラゾール)

処方せん医薬品[※]

薬価基準収載

ランサップ® 400・800

(ランソプラゾールカプセル、日本薬局方アモキシシリンカプセル、日本薬局方クラリスロマイシン錠)

処方せん医薬品[※]

薬価基準収載

ランピオン® パック

(ランソプラゾールカプセル、日本薬局方アモキシシリンカプセル、日本薬局方メトロニダゾール錠)

(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、禁忌(原則禁忌を含む)、
使用上の注意等については添付文書をご参照
ください。

2012年4月作成



【資料請求先】

武田薬品工業株式会社

医薬営業本部

〒103-8668 東京都中央区日本橋二丁目12番10号

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50回学術集会：6月13日(木) - 15日(土)、東京国際フォーラム(東京)、テーマ：こころと科学の調和〜リハ医学が築いてきたもの〜、会長：水間正澄(昭和大学医学部リハビリテーション医学講座)、幹事：川手信行、笠井史人、Tel 03-5216-5318、Fax 03-5216-5552、URL：http://www.congre.co.jp/jarm2013/ 一般演題締切：1月22日(火)正午

【地方会】

●第54回関東地方会等(30単位)：2月2日(土)、新潟ユニゾンプラザ、木村慎二(新潟大学医学部総合病院総合リハビリテーションセンター)、Tel 025-227-0369、Fax 025-227-2743

●第32回中部・東海地方会等(30単位)：2月2日(土)、大正製薬(株)名古屋支店、河村美穂(あさひ病院リハビリテーション科)、Tel 0568-85-0077

●第33回九州地方会等(40単位)：2月24日(日)、久留米大学筑水会館、志波直人(久留米大学病院リハビリテーション部)、Tel 0942-35-3311(事務局秘書内線5321)、Fax 0942-46-6002

●第33回北陸地方会等(30単位)：3月9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、E-mail：fujiko@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp、演題締切：2月1日

●第33回東北地方会等(30単位)：3月9日(土)、仙台市シルバーセンター、水尻強志(財団法人宮城厚生協会長町病院)、Tel 022-746-5161、Fax 022-746-5142、E-mail：yasuhito@znmk.org、演題締切：1月25日(予定)

●第34回近畿地方会等(40単位)：3月9日(土)、生田文化会館、逢坂悟郎(兵庫県立リハビリテーション西播磨病院リハビリテーション科)、Tel 0791-58-1050、Fax 0791-58-1070

【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)：1月19日(土)、江崎ホール、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

●関東地方会(30単位)：2月16日(土)、前橋テルサ、白倉賢二(群馬大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野)、Tel 027-220-8655 Fax 027-220-8655

●北海道地方会(30単位)：3月2日(土)、北海道大学医学部学友会館フラテホール、大田哲生(旭川医科大学病院リハビリテーション科)、Tel 0166-68-2873、Fax 0166-68-2875

◎病態別実践リハビリテーション医学研修会(20単位) 150名：内部障害：2月16日、品川フロントビル会議室

【2012年度実習研修会】(20単位)

詳細はHP、学会誌をご覧ください。

◎第7回福祉・地域リハビリテーション研修会(20名)：2月15 - 16日(2日間) 横浜市総合リハビリテーションセンター

◎第7回嚥下障害実習研修会(2回目)(28名)：2月16 - 17日(2日間) 浜松市リハビリテーション病院ほか

◎第5回実習研修「動作解析・運動学実習」(20名)：3月21 - 23日(3日間) 藤田保健衛生大学

【関連学会】(参加10単位)

第38回日本脳卒中学会総会：3月21日(木) - 23日(土)、グランドプリンスホテル新高輪、片山泰朗(日本医科大学大学院医学研究科神経内科学分野)、Tel 03-5216-5318、Fax 03-5216-5552

第57回日本リウマチ学会総会・学術集会：4月18日(木) - 20日(土)、京都国際会館、中村孝志(国立病院機構京都医療センター)、Tel 03-3552-4180、Fax 03-3552-4178

第86回日本整形外科学会学術総会：5月23日(木) - 26日(日)、広島グリーンアリーナほか、越智光夫(広島大学大学院整形外科学)、Fax 06-6229-2556

第54回日本神経学会学術大会：5月29日(水) - 6月1日(土)、東京国際フォーラム、水澤英洋(東京医科歯科大学大学院脳神経病態学分野)、Tel 03-5216-5318、Fax 03-5216-5552

第55回日本小児神経学会学術集会：5月30日(木) - 6月1日(土)、大分オアシスタワーホテルほか、泉達郎(大分大学医学部小児科学講座)、Tel 0977-27-0318、Fax 0977-26-7100

第31回日本骨代謝学会学術集会：5月30日(木)、神戸コンベンションセンターほか、吉川秀樹(大阪大学大学院医学系研究科器管制御外科学)、Tel 06-6221-5933、Fax 06-6221-5938

●・◎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)

■2013年度海外研修助成候補者募集中募集締切：2月22日(学会事務局必着)(詳細は学会HP、会誌49巻11号749頁)

■一般医家に役立つリハビリテーション医療研修会(日本リハ医学会設立50周年記念事業)：4月14日(日)、昭和大学キャンパス内(東京都品川区)、対象：医師、担当委員：川上寿一(滋賀県立成人病センターリハビリテーション科)、定員：100名(学会非会員優先)、担当：小林、内山、E-mail：training@jarm.or.jp(詳細は学会HP、会誌49巻12号863頁)

■専門医資格更新について：活動報告書提出締切4月30日必着、対象：認定期間3月31日までのリハ科専門医

■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日必着、対象：認定期間3月31日までの指導責任者

■日本リハビリテーション・データベース協議会データマネジメント事業2012年度参加施設募集中：申込・問合せは事務局(E-mail：rehabdb-admin@umin.org)まで

広報委員会：安保雅博(担当理事)、阿部和夫(委員長)、伊藤倫之、緒方敦子、數田俊成、佐々木信幸、長谷川千恵子、森憲司

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

新しい年の始まりである。常にあるもしくは、これをしていなどと考えているものではあるが、やはり新年という区切りは何か特別な覚悟が加わるものである。特に今年2013年は日本リハ医学会にとって設立50周年というアニバーサリーの年であるが、どうだろうか？この50年でリハ医学は随分変わったと感じるか、それとも全然変わっていないと感じるか？おそらくどちらも正しいのであろう。しかしどちらの印象をお持ちの方でも共通しているのはリハ医学に対する意識であり、それはそれこそ今回選ばれた小口和代先生ご提案のキャッチフレーズ、「生きる時を、活かす力。」に集約されていると思う。そしてその意識のもとに我々は時代にあわせて常に進歩し続け

なければいけない。広報委員会としても今後の進歩のための早急な課題として、現在ホームページの国際化、スマートフォンやタブレット端末への対応を検討している。これらは将来的に情報提供のみならず我々の臨床研究業務の効率を上げるための一助になると考えている。この事案に関わらず、我々広報委員会に今後どのようなことを期待したいか会員の皆様のご意見も広く拝聴したい。

さて、新しい年の始まりである。学会にとってのアニバーサリーイヤーである今年が皆様にとって飛躍の年となることを祈り、この編集後記を締めさせていただきます。

(佐々木 信幸)