

第10回 日本リハビリテーション医学会 専門医会学術集会

プログラム・抄録集

専門医新時代

～今こそアピール、リハ医の真価～

会 期：2015年11月28日(土)・29日(日)

会 場：ソラシティカンファレンスセンター
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 4-6 TEL：03-6206-4855

代表世話人：笠井 史人 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

【事務局】 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座
〒142-8555 東京都品川区旗の台 1-5-8 TEL：03-3784-8782

ごあいさつ

第10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 笠井 史人
(昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 准教授)



第10回日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会開催にあたって

第10回日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会の開催にあたり、ご挨拶申し上げます。今回、専門医会が学会の内部組織として発足してから10年目の節目に本学術集会を東京で開催できることを光榮に思います。

メインテーマは「専門医新時代～今こそアピール、リハ医の真価～」といたしました。

2017年から日本専門医機構による新専門医制度が始まることになっており、第1期専攻医候補生はすでに本年度より初期臨床研修を開始しています。新専門医制度に向けて、本学会では専門医制度委員会を中心に、最終準備がなされており、来年度にはいよいよ専門研修プログラムの公募が始まる予定となっています。基本19領域による、「専門医新時代」の訪れとともに、今、各分野専門医の「真価」に注目が集まっています。それはまさに、社会に、医学界に、リハビリテーション科医師の力量をアピールしていくチャンスといえるでしょう。本学術集会は、リハビリテーション科医師の発揮する真価をかたちにして、未来への展望をそえて社会へアピールする場にしたいと考えております。

カナダはオタワ大学よりProf. Hillel M. Finestoneを招待しご講演いただきます。シンポジウムはメインテーマと同じ「今こそアピール！リハ医の真価」、「脳損傷者の自動車運転再開を支援するために我々ができること」の2つ、パネルディスカッションとして「リハ医のものづくり」「International researcherとしてのリハ科専門医」を企画しました。一般演題ポスターセッションは「リハビリテーション科「開業医師」・「一人医長」の奮闘記」を公募し、多くの興味深い演題が集まりました。今回はすべてのSIGから企画をいただき、多くのハンズオンやディスカッションがなされます。事務局からは「リハビリテーション科診療における超音波診断装置入門」ハンズオンセミナーを用意しました。その他多くの教育講演があり、大変盛りだくさんになっております。本学術集会が皆さまのご協力で大いに盛り上がり、有意義な集会になることを祈念いたします。

最後に本学会の準備にあたり、ご協力いただいた専門医会幹事を始めとする日本リハビリテーション医学会会員の先生方に厚く御礼申し上げます。

日程表 第1日目 11月28日(土)

【 】座長 ⊕ コーディネーター

リ 日本リハビリテーション医学会専門医・認定臨床医単位
(最大40単位まで取得可能) **10単位**

	第1会場 (2F sola city Hall)	第2会場 (1F Room C)	第3会場 (1F Room B)
9:00	8:50-9:00 開会式 9:00-10:55 シンポジウム1 「今こそアピール！ リハ医の真価」 千野直一、石川 誠、下堂 薫 恵 【大串 幹/笠井史人】	9:00-10:55 シンポジウム1 (中継)	
10:00			
11:00	11:00-11:55 招待講演 「Chronic pain assessment and treatment: helping our patients to take control and self-manage their pain」 Hillel M. Finestone 【角田 亘】	11:00-11:55 招待講演 (中継)	
12:00	12:05-12:55 ランチョンセミナー1 「運動と脳の健康：認知症予防最前線」 島田裕之 【才藤栄一】 共催：インターリハ株式会社		
13:00	13:00-13:55 専門医会総会	「Reporting unsafe drivers after stroke: the art, the science and the law in Canada and Japan」 Hillel M. Finestone 【和田真一】	
14:00	14:00-14:20 基調講演 14:20-15:55 シンポジウム2 「脳損傷者の自動車運転再開を 支援するために我々ができること」 一杉正仁、加藤徳明、武原 格 【林 泰史/片桐伯真】 ⊕武原 格	14:00-15:00 教育講演2 整 リ 「がんのリハビリテーション におけるリハ医の役割」 大森まいこ 【水落和也】 15:00-16:00 教育講演3 整 リ 「外科的リハビリテーション Rehabilitation surgery」 真野英寿 【小林一成】	14:00-15:55 PPS-SIG 企画 「ポストポリオクリニック —私たちはこうしている—」 【⊕池田 聡/土岐めぐみ】
15:00			
16:00	16:00-17:00 教育講演1 整 リ 「リハ科外来診療で経験したビットフォールの 症例の紹介—運動器疾患を中心に—」 八幡徹太郎 【藤原俊之】	16:00-17:00 教育講演4 整 リ 「在宅における高齢慢性心不全患者 の心臓リハビリテーション」 諸富伸夫 【尾花正義】	16:00-17:55 小児リハ SIG 企画 「ハンズオン、 PEDI (リハビリテーションの ための子どもの能力低下評価法) と小児リハデータベース」 ⊕水尻強志/近藤和泉
17:00	17:00-17:25 平成25年度研究補助金助成発表 「人工股関節全置換術後早期における 歩行アシストロボットと 通常の歩行訓練の比較」 数野互平 【大串 幹】	17:00-18:00 教育講演5 整 リ 「リハビリテーション科専門医による回復期リハ ビリテーション病棟の脳卒中患者の並存疾患管理」 近藤国嗣 【佐藤新介】	
18:00			
19:00			

第4会場 (1F Room A)	第5会場 (ワテラスコモン3F ワテラスコモンホール)	ポスター会場 (2F Reception Hall)	展示会場 (2F Terrace Room)
		8:30-12:00	
		ポスター貼付	9:00
			9:00-17:00
			10:00
			11:00
			12:00
		12:00-17:30	
		リハビリ テーション科 「開業医師」・ 「一人医長」 の奮闘記 ポスター展示	13:00
			機器展示
14:00-15:55 筋電図・臨床神経生理 SIG 企画ハンズオンセミナー 「第3回リハビリテーション科医に 必要な筋電図、臨床神経生理学」 ◎下堂 薫	14:00-15:00 講習会 「医療倫理」 「超高齢社会における医療倫理の諸課題」 水尻強志 【太田喜久夫】 15:00-16:00 講習会 「医療安全」 「急性期医療が主体である大学附属病院における 医療安全管理—転倒・転落予防を中心に—」 菊地尚久 【加賀谷 齊】		14:00
16:00-17:55 切断・義肢の リハビリテーション SIG 企画 「断端マネージメントと 下腿義足のチェックポイント」 ◎笠井史人			15:00
		17:30-18:15 ポスター発表 【神山一行/宮崎博子】	16:00
		18:15-18:30 ポスター自由討論	17:00
	18:40-20:10 意見交換会	18:30-19:00 ポスター撤去	18:00
			19:00

日程表 第2日目 11月29日(日)

【 】座長 ⊕ コーディネーター

リ 日本リハビリテーション医学会専門医・認定臨床医単位
(最大40単位まで取得可能) **10単位**

	第1会場 (2F sola city Hall)	第2会場 (1F Room C)	第3会場 (1F Room B)
8:30-10:10			
9:00	パネルディスカッション 1 「リハ医のものづくり」 島田洋一、永田智子 村岡慶裕、柏野聡彦、門田 靖 【⊕藤谷順子／菅本一臣】	9:00-10:00 教育講演 6 整 リ 「リハビリテーション医学における 基礎研究の展開」 海老原 寛 【池田 聡】	9:00-9:55 活動報告 「電子カルテ WG」 「リハ医療に必要な電子カルテ 機能を検討する WG 報告」 【越智光宏／岡崎英人】 ⊕菅原英和
10:00		10:00-11:00 教育講演 7 整 リ 「リハビリテーション医として 地域医療を継承する」 沖井 明 【森 英二】	
10:15-11:55	パネルディスカッション 2 「International researcher としての リハ科専門医」 高橋光彦、飯田有紀 山田尚基、小山哲男 【吉田 輝】 ⊕中村 健	11:00-12:00 教育講演 8 整 リ 「血行障害による下肢切断の リハビリテーション」 木村浩彰 【川手信行】	10:15-11:55 脊髄障害の リハビリテーション SIG 企画 「脊髄障害体験と診療ハンズオン」 ⊕笠井史人
12:00	12:05-12:55 ランチョンセミナー 2 「痙縮とボツリヌス治療(仮)」 原 寛美 【大田哲生】 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社	12:10-12:40 ランチタイムコンサート	
13:00	13:00-14:00 講習会 「感染対策」 「リハビリテーションにおける 感染管理と標準化」 宮越浩一 【豊倉 譲】	13:00-14:00 教育講演 9 嚙 リ 「摂食嚥下障害のリハビリテーションにおける リハビリテーション科専門医の重要性」 平岡 崇 【依田光正】	13:00-14:00 教育講演 10 整 リ 「障がい児・者スポーツ普及における リハ専門医の役割」 上出杏里 【羽田康司】
14:00	14:05-15:05 指導医講習会 1 リ 「リハビリテーション科専攻医の指導 —専門医の理念と指導医のあり方—」 瀬田 拓 【安保雅博】	14:05-16:00 リハビリテーション科 女性医師ネットワーク (RJN) 企画 平成 27 年度医学生、研修医等を サポートするための会 リハ科が気になる医学生・研修医・医師 のためのプロフェッショナル紹介セミナー 「リハ科専門医の仕事」	
15:00	15:05-16:05 指導医講習会 2 リ 「巧緻運動障害評価の考え方」 岡島康友 【猪飼哲夫】		
16:00	16:05-16:15 閉会式		
17:00			
18:00			
19:00			

整 日本整形外科学会単位

嚙 日本摂食嚥下
リハビリテーション学会認定士単位

第4会場 (1F Room A)	ポスター会場 (2F Reception Hall)	展示会場 (2F Terrace Room)
	8:30-16:00	
		9:00-14:00
		9:00
		10:00
10:15-11:55		
痙縮治療 SIG 企画 ハンズオンセミナー 「ボツリヌス治療および ITB 治療を 中心とした初心者向け痙縮治療講座」 ◎八幡徹太郎		機器展示
		12:00
	医工連携 出会うの広場	
		13:00
13:00-15:00		
超音波検査ハンズオン 「リハビリテーション科診療における 超音波診断装置入門」 ◎笠井史人 協力：GEヘルスケア・ジャパン株式会社		14:00
		15:00
		16:00
		17:00
		18:00
		19:00

会場へのアクセス

sola city Conference Center

ソラシティ カンファレンスセンター

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 4-6
 御茶ノ水ソラシティ
 TEL : 03-6206-4855 FAX : 03-6206-4854

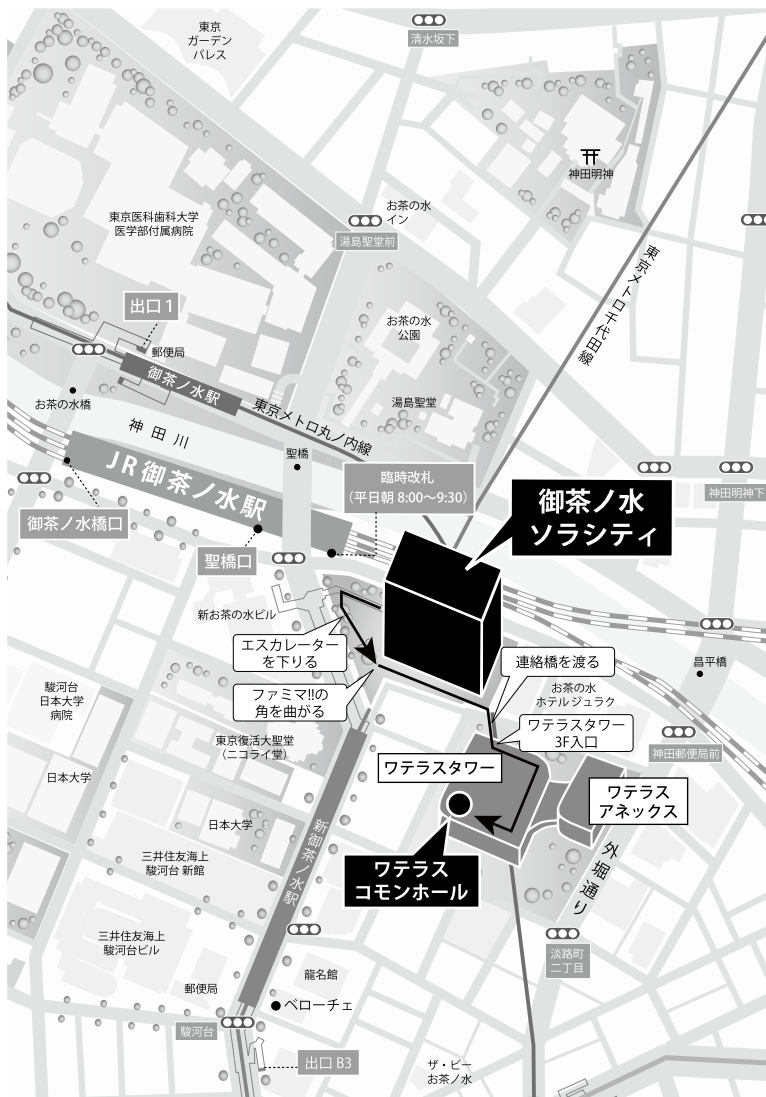
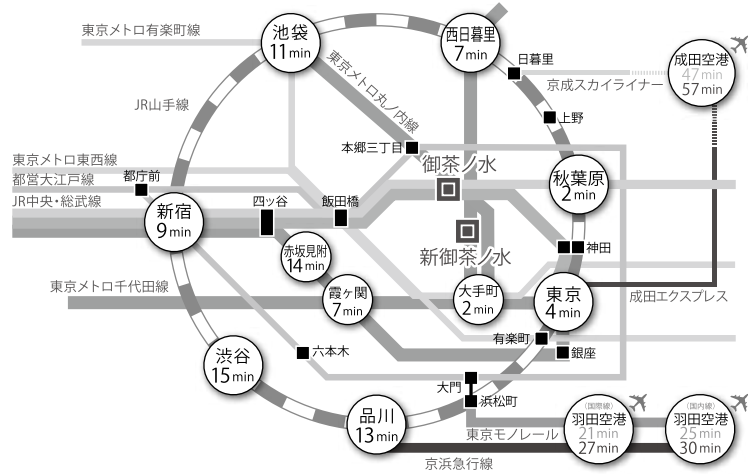
◆交通

JR 中央線・総武線 「御茶ノ水」 駅
 聖橋口から 徒歩 1分

東京メトロ千代田線 「新御茶ノ水」 駅
 B2 出口【直結】

東京メトロ丸ノ内線 「御茶ノ水」 駅
 出口1から 徒歩 4分

都営地下鉄 新宿線 「小川町」 駅
 B3 出口から 徒歩 6分



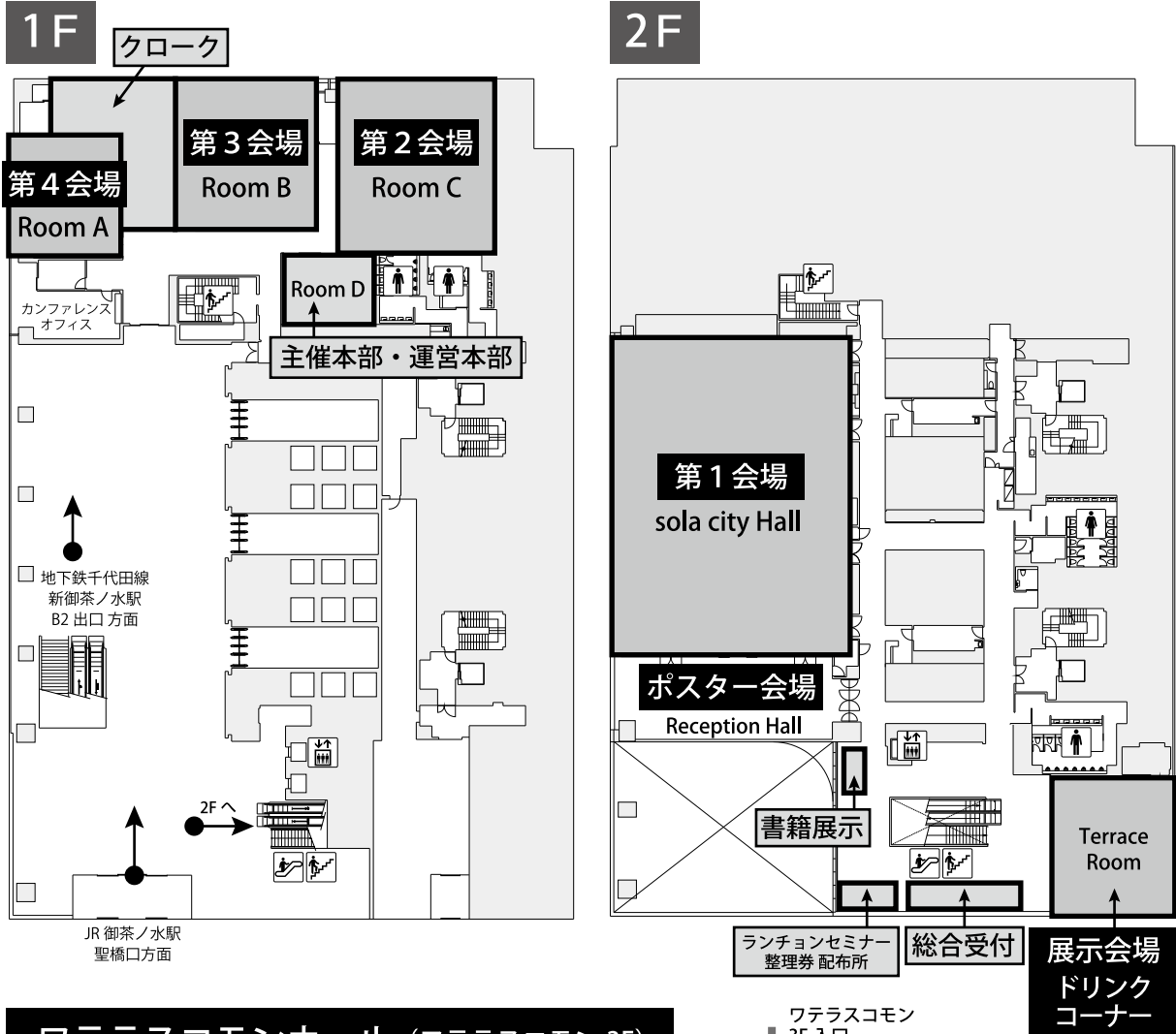
ワテラスコモン

〒101-0063
 東京都千代田区神田淡路町2丁目101番地
 TEL : 03-5294-6300

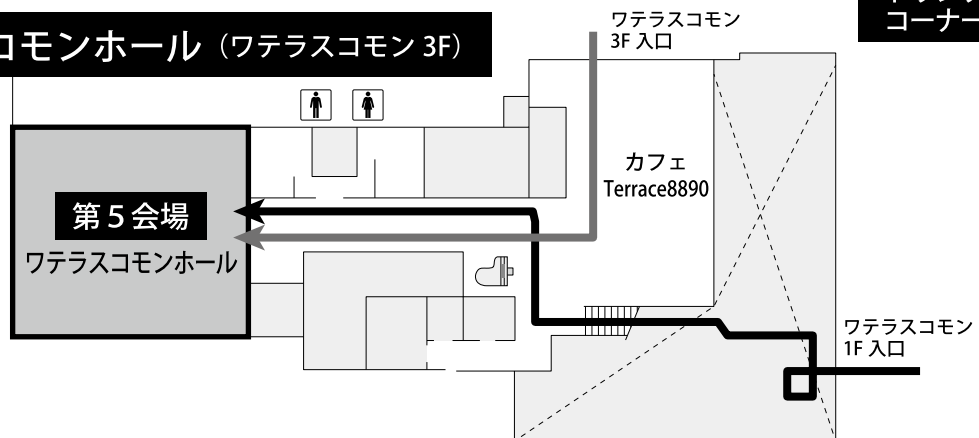
※お客様用の駐車場はご用意がございません。
 ご来場の際は、公共交通機関をご利用くださいませ。

会場案内

ソラシティカンファレンスセンター



ワテラスコモンホール (ワテラスコモン 3F)



会場名	部屋名
第1会場	2F sola city Hall
第2会場	1F Room C
第3会場	1F Room B
第4会場	1F Room A
第5会場・意見交換会	ワテラスコモン 3F ワテラスコモンホール
ポスター会場	2F Reception Hall

会場名	部屋名
展示会場・ドリンクコーナー	2F Terrace Room
総合受付	2F ホワイエ
クローク	1F ホワイエ
ランチョンセミナー 整理券 配布所	2F ホワイエ
書籍展示	2F ホワイエ
主催本部・運営本部	1F Room D

参加者へのお知らせとお願い

1. 参加受付

日程	時間	場所
11月28日(土)	8:30～17:00	ソラシティカンファレンスセンター 2階 ホワイエ
11月29日(日)	8:15～14:30	

2. 参加費

区分	費用
医師	14,000円
医師以外	4,000円
初期研修医・医学生・学生	無料
意見交換会	5,000円
託児室	有料(割引あり、要事前予約)

※初期研修医の方は、受付で身分証明書または所属長の証明書(様式自由)を提示してください。

※医学生の方は、受付で学生証を提示してください。

※医師、医師以外の方は、参加費に「プログラム・抄録集」1冊の費用を含みます。

2冊目からは別途有料(1,000円/冊)となります。

3. ランチョンセミナー

ランチョンセミナーは整理券制です。整理券は各ランチョン開催日の朝、先着順で配布致します。数に限りがありますのでご了承ください。

日程		配布開始時間	配布場所
11月28日(土)	LS1	8:30～	ソラシティカンファレンスセンター 2階 ホワイエ
11月29日(日)	LS2	8:15～	

4. クローク

手荷物はクロークをご利用ください。貴重品のお預かりはできませんのであらかじめご了承ください。また、お預け荷物は必ず当日中にお引き取りください。

日程	時間	場所
11月28日(土)	8:30～19:00	ソラシティカンファレンスセンター 1階 ホワイエ
11月29日(日)	8:15～16:30	

5. 呼び出し

原則として会場内での呼び出しは行いません。総合受付付近のメッセージボードをご利用ください。

6. 質疑をされる皆様へ

質疑・発言をされる方は予めマイクの前で待機のうえ、座長の指示に従い、所属・氏名を述べてからご発言ください。なお、発言は簡潔にお願い致します。

7. 機器展示

日程	時間	場所
11月28日(土)	9:00～17:00	ソラシティカンファレンスセンター 2階 Terrace Room
11月29日(日)	9:00～14:00	

8. 医工連携出会の広場—リハ医のアイデアが未来を創る—

(パネルディスカッション1「リハ医のものづくり」ジョイント、第10回日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会専門医会・RJN共同企画)

日程	時間	場所
11月29日(日)	8:30～16:00	2階 Reception Hall

パネルディスカッション1「リハ医のものづくり」に連動して、Reception Hallにおいて、「医工連携出会の広場」を設けます。

医療関係者と、技術をもつ企業を結ぶ、プロフェッショナルのコーディネーターである、関東近郊地方自治体の医工連携担当者、および、コーディネーターの専門家の「ものづくり commons」さんが出展し、関東近郊地方自治体の企業の技術を紹介し、先生方のアイデアを具体化できそうな企業をご紹介します。

こんなことに困っている、こんなものがあつたらいいな、今の日本の技術で、こんなことできないだろうか？とお考えのリハ医・関連職種の皆さん、ぜひお立ち寄りください。

また、手の届くところに、どんな技術があるのか、企業の技術の紹介がありますので、ご覧になるだけでも、先生方の今までのお困りごとの解決のヒントになるかもしれません。

アイデアを実現するまでの道筋や、資金獲得に関しては、パネルディスカッションでご紹介しますので、ぜひあわせてご参加ください。

9. ドリンクコーナー

会期中に無料のドリンクコーナーを開設いたします。数量に限りがございますので、予めご了承ください。

場所：ソラシティカンファレンスセンター 2階 Terrace Room

10. ランチタイムコンサート

ランチタイムコンサートを企画致しました。軽食のご用意もございますので、ぜひお立ち寄りください。

日程	時間	場所
11月29日(日)	12:10～12:40	第2会場(1階 Room C)

演奏者より一言

リハ医学会音楽部は2013年春に結成しました。リハ医で構成される部員は出身も普段の職場も異なりますが、リハマインドをもってチームを作り、音楽、そして繋がることの喜びを共有しています。皆様が打ち解けて親睦を深められる機会になればと、心を込めて演奏します。

11. 認定単位について

各受講証明書を紛失された場合の再発行はできません。各カードの下端は大切に保管してください。

1) 日本リハビリテーション医学会【学術集会参加単位】

参加 10 単位

《申請方法》

- ① 参加登録時に受付でお渡しする参加カード(黄色)に必要事項を記入のうえ、受付の回収箱にお入れください。
- ② 下端の部分は切り取って、各自「生涯教育研修記録証」に貼り付けて保管してください。

2) 日本リハビリテーション医学会【専門医・認定臨床医生涯教育単位】

教育講演・講習会・指導医講習会の受講で 10 単位(会期中最大 40 単位まで)

《申請方法》

- ① 教育講演の始まる前に、単位受付で教育講演受講カード(白色)を受け取ってください。
※受講カードは受付される時間によりお渡しできる枚数が異なります。
第1日 4枚
第2日 10時15分(教育講演7開始から15分後)まで4枚
11時15分(教育講演8開始から15分後)まで3枚
13時15分(教育講演9・10・講習会(感染対策)開始から15分後)まで2枚
14時20分(指導医講習会1・2開始から15分後)まで1枚
以降 配付なし
- ② 受講者は必要事項をすべてご記入のうえ、受講後各会場出口の回収箱にご提出ください。
- ③ 下端の部分は切り取って、各自「生涯教育研修記録証」に貼り付けて保管してください。

3) 日本リハビリテーション医学会【認定臨床医受験者資格取得用 指定教育研修講演単位】

教育講演・講習会・指導医講習会の受講で 10 単位(会期中最大 40 単位まで)

《申請方法》

- ① 教育講演の始まる前に、単位受付で教育講演受講カード(オレンジ色)を受け取ってください。
※受講カードは受付される時間によりお渡しできる枚数が異なります。詳細枚数は上記2)をご参照ください。
- ② 受講者は必要事項をすべてご記入のうえ、受講後各会場出口の回収箱にご提出ください。
- ③ 下端の部分は受講証明として必要になりますので、切り取って受験申請まで各自で保管してください。

4) 講習会(医療倫理、医療安全、感染対策)

新専門医制度において、一般社団法人日本専門医機構がすべての基本領域専門医に共通して受講する項目として定めているものに対し、本学会が開催するもので、有料講演となります。

受講費：1 講演 2,000 円(医療倫理、医療安全の受講は先着 160 名)

《申請方法》

- ① 各講習会の始まる前に、単位受付で教育講演受講カード(医療倫理：青色、医療安全：クリーム色、感染対策：緑色)を受け取ってください。
- ② 受講者は必要事項をすべてご記入のうえ、受講後各会場出口の回収箱にご提出ください。
- ③ 下端の部分は控えになりますので、切り取って各自で保管してください。
※本講演における日本リハビリテーション医学会単位を希望される方は上記2)、3)に示す受講カード(白色、オレンジ色)を別途ご提出ください。

5) 日本リハビリテーション医学会 指導医講習会

日本専門医機構による、専門医制度における指導医研修体制の整備指導に基づく講習会です。受講証明を受けるためには、1と2の2講演を連続して聴講される必要があります。

《申請方法》

- ① 指導医講習会の始まる前に、単位受付で教育講演受講カード(灰色)を受け取ってください。
- ② 受講者は必要事項をすべてご記入のうえ、受講後各会場出口の回収箱にご提出ください。
- ③ 下端の部分は控えになりますので、切り取って各自で保管してください。

※本講演における日本リハビリテーション医学会単位を希望される方は上記2)、3)に示す受講カード(白色、オレンジ色)を別途ご提出ください。

6) 日本整形外科学会【教育研修講演単位】

1日最大4単位、学会期間中最大6単位まで

受講費：1講演1単位 1,000円

《申請方法》

- ① 受講申込書に必要事項をご記入のうえ、受講料を添えて、教育研修単位受付(2階 ホワイエ)にてお申込みください。
- ② 1講演ごとに受講開始10分前から、開始後10分までに日整会IC会員カードを講演会場入口のカードリーダーにかざして、出席登録を行ってください。10分を過ぎた場合、手続きが完了していない場合、途中退場された場合は、単位取得は認められません。
- ③ 本学会終了から1週間程度で、日整会ホームページの取得単位確認画面の「単位振替システム」でご自身の取得状況を確認できます。
※単位の必須分野を、受講当日に選択することはできません。「単位振替システム」を利用して、ご自身でご希望の必須分野番号への振替をお願いします。
- ④ 受講料は講演中止などの理由以外では払い戻しいたしません。また受講取り消し・変更の手続きや領収書の再発行はいたしません。
- ⑤ 教育研修講演受講のために入場される方も、学会参加費が必要です。

《専門医認定資格を取得するための研修期間の会員の方の受講について》

研修手帳をお持ちの方も日整会IC会員カードで出席確認を行うため、日整会ホームページの会員専用ページの単位取得履歴に記録が残ります。このため、受講証明印を受ける必要はありません。該当する必須分野のページに必要事項を記入し、受講証明印の欄に「会員カード」または「HP参照」と記載してください。更新時には、ホームページ上の取得履歴と照合されます。

【ご注意ください】

単位の登録は全て日整会IC会員カードにて行います。本学会では仮ICカードの発行は行いませんので、お忘れないように必ずご持参ください。日整会IC会員カードがお手元にない方は、日本整形外科学会事務局(03-3816-3671)までお問合せください。

※なお、本学会は現金決済のみとなります。クレジット機能はご利用いただけませんので、ご了承ください。

日本整形外科学会【教育研修講演単位】一覧

セッション	日時	プログラム	会場	単位	必須分野	認定番号
教育講演1	11月28日(土) 16:00～17:00	「リハ科外来診療で経験したピットフォールの症例の紹介—運動器疾患を中心に—」 八幡 徹太郎 先生 (金沢大学附属病院リハビリテーション科)	第1会場	N	13 ・ 14	15-2481-003
教育講演2	11月28日(土) 14:00～15:00	「がんのリハビリテーションにおけるリハ医の役割」 大森 まいこ 先生 (慶応義塾大学医学部リハビリテーション医学教室)	第2会場	N	5 ・ 13	15-2481-001
教育講演3	11月28日(土) 15:00～16:00	「外科的リハビリテーション Rehabilitation surgery」 真野 英寿 先生 (昭和大学保健医療学部 理学療法学科)	第2会場	N	8 ・ 13	15-2481-002
教育講演4	11月28日(土) 16:00～17:00	「在宅における高齢慢性心不全患者の心臓リハビリテーション」 諸富 伸夫 先生 (ゆみのハートクリニック)	第2会場	N	13	15-2481-004
教育講演5	11月28日(土) 17:00～18:00	「リハビリテーション科専門医による回復期リハビリテーション病棟の脳卒中患者の並存疾患管理」 近藤 国嗣 先生 (東京湾岸リハビリテーション病院)	第2会場	N	13	15-2481-005
教育講演6	11月29日(日) 9:00～10:00	「リハビリテーション医学における基礎研究の展開」 海老原 覚 先生 (東邦大学大学院医学研究科リハビリテーション医学講座)	第2会場	N	1 ・ 13	15-2481-006
教育講演7	11月29日(日) 10:00～11:00	「リハビリテーション医として地域医療を継承する」 沖井 明 先生 (沖井クリニックリハビリテーション科・内科)	第2会場	N	13	15-2481-007
教育講演8	11月29日(日) 11:00～12:00	「血行障害による下肢切断のリハビリテーション」 木村 浩彰 先生 (広島大学病院リハビリテーション科)	第2会場	N	12 ・ 13	15-2481-008
教育講演10	11月29日(日) 13:00～14:00	「障がい児・者スポーツ普及におけるリハ専門医の役割」 上出 杏里 先生 (国立成育医療研究センターリハビリテーション科)	第3会場	N	13	15-2481-009

※ N = 日整会

7) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会【認定士単位】

教育講演9の受講で5単位

《申請方法》

単位申請には研修会参加証(該当講演終了時に講演会場外で配布します)が必要になります。

参加証は、各自で更新時期が来るまで保管しておいてください。

座長・演者へのお知らせとお願い

1. 発表時間

発表時間は以下の通りです。

下記以外の講演・その他発表につきましては、プログラムをご参照ください。

プログラム	発表時間	質疑応答	総合討論
シンポジウム	座長一任		
パネルディスカッション			
教育講演	55分/件	5分/件	—
講演会(医療倫理・医療安全・感染対策)	55分/件	5分/件	—
指導医講習会	座長一任		

2. 座長の先生へ

- ・ご担当セッション開始の10分前までに、会場内の次座長席(会場内右前方)にご着席ください。
- ・発表時間終了時にベルなどでお知らせいたしません。卓上の時計でお時間をご確認いただきながら進行をお願いいたします。

3. 演者の先生(口演)へ

1) 発表データ受付

- ・各会場にてデータをお預かりします。発表30分前までにUSBメモリーまたはPC本体を会場内前方のPCオペレーター卓までお持ちください。お預かりしたパソコンは、セッション終了後オペレーター卓にてご返却いたします。
- ・プログラムの円滑な進行のため、時間を厳守いただくようお願いいたします。
- ・PCによるプレゼンテーションは、演台にセットされているプレゼンキーを使用し発表者の先生ご自身で操作をお願いいたします。
- ・USBメモリーからコピーしたデータは、発表終了後、事務局が責任を持って消去いたします。
- ・PCを持ち込まれる場合でもバックアップ用にUSBメモリーにデータをコピーさせていただく場合がございますのでご了承ください。

2) 発表形式について

- ・講演発表は、すべてPCプレゼンテーションのみで、1面投映です。
- ・音声、動画も使用できます。動画を含む場合には、ご自身のPC使用をおすすめいたします。メディアの持込みによるご発表につきましては、動画に不具合が発生しましても学会側は責任を負いかねますのでご了承ください。

3) 発表データ作成方法

● PC 本体持込みの場合

- ・お持込みいただく PC の機種、OS 及びアプリケーションソフトの種類は問いません。
- ・会場のプロジェクターへは一般的な外部出力端子 (D-sub 15Pin) での接続となります。Macintosh や一部の Windows PC では変換コネクタが必要となりますので、必ず変換コネクタをご持参ください。
- ・AC アダプターを必ずご持参ください。
- ・スリープ機能やスクリーンセーバーの設定は事前に解除してください。
- ・会場にて用意したプロジェクターと接続できない場合に備え、USB メモリーでバックアップデータをご持参ください。

【 D-sub 15Pin 】



● USB メモリー持込みの場合

- ・会場に準備する PC の OS は、Windows7 となります。対応するアプリケーションソフトは、Windows 版 PowerPoint2003、2007、2010、2013 です。
※ Mac 版 PowerPoint 及び Keynote でのデータは受付できません。ご使用の場合にはご自身の PC をお持込みください。
- ・発表用のファイル名は、「講演名 - 演者名」としてください。
(例 教育講演 1 - 山田太郎 等)
- ・文字フォントは Windows 標準フォントをご使用ください。特殊なフォントの場合は、表示のズレや文字化けが生じることがあります。

4) 発表時の PC 操作について

- ・USB メモリーでデータをお持込みの場合、演台上に液晶モニター、スライド送りボタン、マウスがセットしてあります。ご登壇時にオペレーターがスライドの 1 枚目を投影いたします。その後のスライド送りはご自身でお願いいたします。
- ・PC 本体をお持込みの場合には、上記の演台上に設置しております機材を利用してご操作いただくか、ご自身の PC を演台上に設置してご発表いただくことが可能です。PC オペレーターに PC をお預けの際にオペレーターにお伝えください。

4. 演者の先生（ポスター）へ

ポスター発表

(1)各自が作成し、指定の時間内に貼り付けてください。

(2)ポスターサイズ

演題名、所属、氏名：縦20 cm×横70 cm

本文：縦160 cm×横90 cm

演題番号：事務局で準備します。

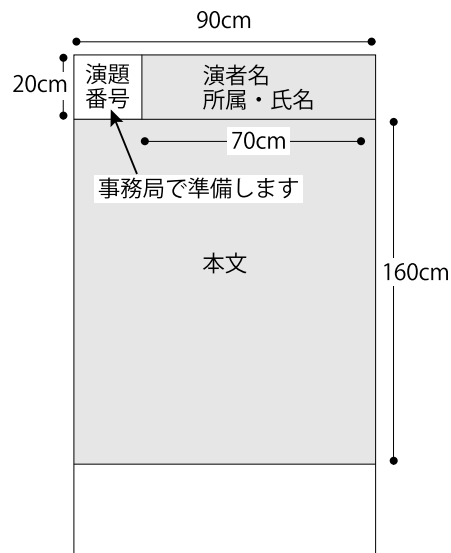
※演題名・所属・氏名は各自でご用意ください。

(3)貼り付けには、ポスターパネルに備え付けの押しピンをご使用ください。

(4)発表5分、自由討論15分

演者は、セッション開始時刻の10分前までに、ポスター前にお集まりください。

発表時間は厳守し、討論は座長の指示に従ってください。



11月28日(土)	
掲 示	8:30 ~ 12:00
閲 覧	12:00 ~ 17:30
発 表	17:30 ~ 18:15
自由討論	18:15 ~ 18:30
撤 去	18:30 ~ 19:00

※時間内に撤去されなかったポスターは、学術集会事務局にて処分いたします。

学術集会プログラム

1日目 - 11月28日(土) - 第1会場 (2F sola city Hall)

8:50-9:00 開会式

9:00-10:55 シンポジウム1 「今こそアピール！リハ医の真価」

座長／熊本大学医学部附属病院

脳卒中・急性冠症候群医療連携寄附講座 大串 幹
昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 笠井 史人

1. リハ医の真価—Subspecialtyの構築—

永生病院名誉院長・慶應大学名誉教授 千野 直一

2. 社会から必要とされ急性期・回復期・生活期へ多様化しつつある リハ専門医

医療法人社団輝生会理事長 石川 誠

3. リハ医の魅力と価値を可視化する

鹿児島大学リハビリテーション科 下堂 蕨

11:00-11:55 招待講演

座長／東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 角田 亘

Chronic pain assessment and treatment: helping our patients to take control and self-manage their pain

Stroke Rehabilitation Research, Bruyere Continuing Care,
Elisabeth Bruyere Hospital
Division of Physical Medicine and Rehabilitation,
University of Ottawa, Canada Hillel M. Finestone

12:05-12:55 ランチョンセミナー 1

共催：インターリハ株式会社

座長／藤田保健衛生大学 才藤 栄一

運動と脳健康：認知症予防最前線

国立長寿医療研究センター 島田 裕之

13:00-13:55 専門医会総会

14:00-14:20 基調講演

座長／あおい會森山リハビリテーションクリニック 和田 真一

Reporting unsafe drivers after stroke: the art, the science and the law in Canada and Japan

Stroke Rehabilitation Research, Bruyere Continuing Care,
Elisabeth Bruyere Hospital
Division of Physical Medicine and Rehabilitation,
University of Ottawa, Canada

Hillel M. Finestone

14:20-15:55 シンポジウム2

「脳損傷者の自動車運転再開を支援するために我々ができること」

座長／原宿リハビリテーション病院 林 泰史
総合病院聖隷三方原病院リハビリテーション科 片桐 伯真
コーディネーター／化学療法研究所附属病院リハビリテーション科 武原 格

1. 実地医家に必要な自動車運転についての知識

滋賀医科大学社会医学講座法医学部門 一杉 正仁

2. 他病院から運転再開評価依頼を受けている現状と課題

産業医科大学リハビリテーション医学講座 加藤 徳明

3. 病院がかかえている課題と病病連携

化学療法研究所附属病院リハビリテーション科 武原 格

16:00-17:00 教育講演1

座長／東海大学医学部専門診療学系リハビリテーション科学 藤原 俊之

リハ科外来診療で経験したピットフォールの症例の紹介 —運動器疾患を中心に—

金沢大学附属病院リハビリテーション科 八幡徹太郎

17:00-17:25

平成25年度研究補助金助成発表

座長／熊本大学医学部附属病院

脳卒中・急性冠症候群医療連携寄付講座 大串 幹

人工股関節全置換術術後早期における 歩行アシストロボットと通常の歩行訓練の比較

りんくう総合医療センター整形外科 藪野 互平

14:00-15:00 教育講演 2

座長／横浜市立大学附属病院リハビリテーション科 水落 和也

がんのリハビリテーションにおけるリハ医の役割

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 大森まいこ

15:00-16:00 教育講演 3

座長／東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科 小林 一成

外科的リハビリテーション Rehabilitation surgery

昭和大学保健医療学部理学療法学科 真野 英寿

16:00-17:00 教育講演 4

座長／東京都保健医療公社荏原病院 尾花 正義

在宅における高齢慢性心不全患者の心臓リハビリテーション

ゆみのハートクリニック 諸富 伸夫

17:00-18:00 教育講演 5

座長／西広島リハビリテーション病院 佐藤 新介

リハビリテーション科専門医による回復期リハビリテーション病棟の
脳卒中患者の並存疾患管理

東京湾岸リハビリテーション病院 近藤 国嗣

14:00-15:55 PPS-SIG 企画

コーディネーター・座長／北海道大学病院リハビリテーション科 池田 聡
座長／札幌医科大学医学部リハビリテーション医学講座 土岐めぐみ

ポストポリオクリニック — 私たちはこうしている —

16:00-17:55 小児リハSIG 企画

コーディネーター／宮城厚生協会長町病院 水尻 強志
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 近藤 和泉

ハンズオン、PEDI (リハビリテーションのための子どもの能力低下評価法)
と小児リハデータベース

14:00-15:55 **筋電図・臨床神経生理 SIG 企画ハンズオンセミナー**

コーディネーター／鹿児島大学リハビリテーション科 下堂 蘭 恵

第3回リハビリテーション科医に必要な筋電図、臨床神経生理学

16:00-17:55 **切断・義肢のリハビリテーション SIG 企画**

コーディネーター／昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 笠井 史人

断端マネジメントと下腿義足のチェックポイント

1日目 — 11月28日(土) — **第5会場** (ワテラスコモン3F ワテラスコモンホール)

14:00-15:00 **講習会 「医療倫理」**

座長／国際医療福祉大学病院 太田喜久夫

超高齢社会における医療倫理の諸課題

宮城厚生協会長町病院 水尻 強志

15:00-16:00 **講習会 「医療安全」**

座長／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 加賀谷 斉

**急性期医療が主体である大学附属病院における医療安全管理
—転倒・転落予防を中心に—**

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 菊地 尚久

18:40-20:10 **意見交換会**

ポスター リハビリテーション科「開業医師」・「一人医長」の奮闘記

1日目 - 11月28日(土) - ポスター会場 (2F Reception Hall) 17:30-18:30

ポスター 1

座長／港北ニュータウン診療所 神山 一行

- P1-1 機能強化型在宅療養支援診療所におけるリハビリテーション科医同士の連携について
港北ニュータウン診療所 神山 一行
- P1-2 小児リハビリテーションクリニックを開業して
医療法人TRCたわだリハビリクリニック 多和田 忍
- P1-3 人口減少率日本一、高齢化率日本一の秋田県における
開業リハビリテーション科専門医の役割
医療法人祥穂会つつみ整形外科 堤 祥浩
- P1-4 大学病院勤務医から開業医へ 一切れ目のない地域医療を目指して—
やました整形外科 山下 英樹
- P1-5 一人開業医の活動報告 —多職種との連携で地域医療に取り組む—
医療法人あおぞら在宅クリニック 大嶋 義之
- P1-6 地域医療におけるリハビリテーション専門医の診療領域
有田内科整形リハビリクリニック 有田 元英
- P1-7 リハビリテーション科人員確保への歩み：1人部長に就任して
神戸赤十字病院 戸田 一潔
- P1-8 「おまかせリハ」から始まるリハビリテーションオーダーと実質的対応
医療法人地塩会南国中央病院 宮本 寛
- P1-9 島嶼部国保病院における認知症対策 —音楽療法を中心として—
公立下蒲刈病院 原田 薫雄

ポスター 2

- 座長／京都桂病院リハビリテーションセンターリハビリテーション科 宮崎 博子
- P2-1 岐阜市民病院への超急性期リハビリテーションの導入
岐阜市民病院リハビリテーション科 佐々木裕介
- P2-2 脳卒中中心のケアミックス病院での一人医長生活
横浜新都市脳神経外科病院 浅井 泰雅
- P2-3 地域での認知症を含めたりハビリ支援
—宮崎県日南市におけるリハビリ科および認知症専門医としての活動—
日南市立中部病院 鈴木幹次郎
- P2-4 リハビリテーション専門医がやってきた！
—これまでにできたこと、これからやっていかなければならないこと—
聖稜リハビリテーション病院 五十嵐有紀子
- P2-5 常勤リハ科医のいなかった市立総合病院に赴任した若手リハ科医の奮闘記
市立伊勢総合病院リハビリテーション科 前田 寛文
- P2-6 がんをやさしく治す神戸低侵襲がん医療センターにおけるがんリハビリテーション
—リハ科医のがん医療への住み込み—
神戸低侵襲がん医療センターリハビリテーション科 塚本 芳久
- P2-7 高度急性期病院、孤軍奮闘からいかにして援軍を得るか
東京都立墨東病院リハビリテーション科／
東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 新見 昌央
- P2-8 診療録整備開発と業務効率化、『見える化』によるチーム医療推進
島根県立中央病院リハビリテーション科 永田 智子
- P2-9 リハセンタースタッフや院内他部署と連携し、1人でもやってゆける工夫をしよう！
—任せて楽しもう主義—
京都桂病院リハビリテーションセンターリハビリテーション科 宮崎 博子

8:30-10:10 **パネルディスカッション1 「リハ医のものづくり」**

コーディネーター・座長／国立国際医療研究センター病院

リハビリテーション科 藤谷 順子

座長／大阪大学運動器バイオマテリアル学講座 菅本 一臣

1. 研究と医工連携、製品化

秋田大学大学院医学系研究科医学専攻機能展開医学系整形外科学講座 島田 洋一

2. 小さなことから具体化しよう！

島根県立中央病院 永田 智子

3. 理工系から見た臨床医とのコミュニケーション

早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科 村岡 慶裕

4. ものづくりのカギとなるマッチング

日本医工ものづくりコモンズ 柏野 聡彦

5. 経済産業省 関東経済産業局における医工連携推進化事業について

経済産業省関東経済産業局次世代産業課 門田 靖

10:15-11:55 **パネルディスカッション2**

「International researcherとしてのリハ科専門医」

座長／鹿児島大学病院リハビリテーション部 吉田 輝

コーディネーター／和歌山県立医科大学リハビリテーション科 中村 健

1. 私の英語、留学、研究、臨床

高松赤十字病院 高橋 光彦

2. リハビリテーション科医2年2カ国留学体験報告

北海道大学病院リハビリテーション科 飯田 有紀

**3. Early exposure to global stage のすすめ
—若手リハ科専門医の経験から—**

東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 山田 尚基

4. 英語論文を書こう！

西宮協立脳神経外科病院リハビリテーション科

兵庫医科大学リハビリテーション医学 小山 哲男

12:05-12:55 **ランチョンセミナー 2** 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

座長／旭川医科大学病院リハビリテーション科 大田 哲生

痙縮とボツリヌス治療（仮）

桔梗ヶ原病院高次脳機能リハビリテーションセンター 原 寛美

13:00-14:00 **講習会 「感染対策」**

座長／東海大学医学部附属大磯病院リハビリテーション科 豊倉 譲

リハビリテーションにおける感染管理と標準化

亀田総合病院リハビリテーション科 宮越 浩一

14:05-15:05 **指導医講習会 1**

座長／東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科 安保 雅博

リハビリテーション科専攻医の指導 ―専門医の理念と指導医のあり方―

みやぎ県南中核病院リハビリテーション科 瀬田 拓

15:05-16:05 **指導医講習会 2**

座長／東京女子医科大学病院リハビリテーション科 猪飼 哲夫

巧緻運動障害評価の考え方

杏林大学医学部リハビリテーション医学 岡島 康友

16:05-16:15 **閉会式**

9:00-10:00 **教育講演6**

座長／北海道大学病院リハビリテーション科 池田 聡

リハビリテーション医学における基礎研究の展開

東邦大学大学院医学研究科リハビリテーション医学講座 海老原 寛

10:00-11:00 **教育講演7**

座長／山王リハビリクリニック 森 英二

リハビリテーション医として地域医療を継承する

沖井クリニックリハビリテーション科・内科 沖井 明

11:00-12:00 **教育講演8**

座長／昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 川手 信行

血行障害による下肢切断のリハビリテーション

広島大学病院リハビリテーション科 木村 浩彰

12:10-12:40 **ランチタイムコンサート**

13:00-14:00 **教育講演9**

座長／昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 依田 光正

**摂食嚥下障害のリハビリテーションにおける
リハビリテーション科専門医の重要性**

川崎医科大学リハビリテーション科 平岡 崇

14:05-16:00 リハビリテーション科女性医師ネットワーク (RJN) 企画
平成27年度医学生、研修医等をサポートするための会
リハ科が気になる医学生・研修医・医師のための
プロフェッショナル紹介セミナー
「リハ科専門医の仕事」

1. 障害のある子ども達の元気とその家族の笑顔に支えられて
～公私すべての経験がリハビリテーション科専門医としての診療に生きる～

東京大学医学部附属病院リハビリテーション科 藤原 清香

2. 障害受容って必要なの？～患者さんの生きる力から学んだこと～

船橋二和病院リハビリテーション科 関口麻理子

3. リハビリテーション科専門医としてのアドバンテージ

東京都リハビリテーション病院地域リハビリテーション科 堀田富士子

9:00-9:55 活動報告 「電子カルテ WG」

座長／産業医科大学リハビリテーション医学講座 越智 光宏
藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学Ⅱ講座 岡崎 英人
コーディネーター／初台リハビリテーション病院リハビリテーション科 菅原 英和

リハ医療に必要な電子カルテ機能を検討するWG報告

10:15-11:55 脊髄障害のリハビリテーションSIG企画

コーディネーター／昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 笠井 史人

脊髄障害体験と診療ハンズオン

13:00-14:00 教育講演 10

座長／筑波大学病院リハビリテーション科 羽田 康司

障がい児・者スポーツ普及におけるリハ専門医の役割

国立成育医療研究センターリハビリテーション科 上出 杏里

10:15-11:55 痙縮治療 SIG 企画ハンズオンセミナー

コーディネーター／金沢大学附属病院リハビリテーション科 八幡徹太郎

ボツリヌス治療およびITB治療を中心とした初心者向け痙縮治療講座

13:00-15:00 超音波検査ハンズオン

協力：GEヘルスケア・ジャパン株式会社

コーディネーター／昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 笠井 史人

リハビリテーション科診療における超音波診断装置入門

おおぎや整形外科

日本整形外科超音波学会幹事 扇谷 浩文

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 菊地 尚久

東海大学医学部附属八王子病院リハビリテーション科 古川 俊明

湘南東部総合病院リハビリテーション科 栗原 由佳

《抄録集》

Chronic pain assessment and treatment: helping our patients to take control and self-manage their pain

Stroke Rehabilitation Research, Bruyere Continuing Care, Elisabeth Bruyere Hospital
Division of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Ottawa, Canada Hillel M. Finestone

Chronic pain is prevalent in adults in industrialized countries. In Canada it affects almost one in five adults over the age of 18. The prevalence of chronic musculoskeletal pain in Japan, noted in a 2011 study, was 15.4% and was highest in people in their 30s to 50s; pain occurred most frequently in the low back, neck, shoulder and knee. Physical and emotional suffering can result from chronic pain, along with a significant financial burden to patients, their families and the healthcare system. The traditional medical care model consists of a history, physical examination, laboratory tests, assessment and treatment plan. This model works in acute conditions but is less effective when treating chronic diseases. Medical therapies often require that patients understand their condition, recall treatment suggestions and comply with them. In chronic pain, it may be especially important to address physical and psychosocial factors and erroneous pain beliefs, and overcome avoidant behaviours (e.g., caused by fear of pain). These are the factors that can contribute to delaying healing and recovery from injury. Hence the concept of “pain risk factors” may be helpful for clinicians and patients in their practices. Treating these factors may lead to resolution of the painful condition. Patients’ recall of diagnostic and treatment information provided in a chronic pain clinic is typically limited. Tools to enhance recall are beginning to emerge. One such tool is the Pain Explanation and Treatment Diagram (PETD), a 1-page interactive worksheet that identifies risk factors (health-related habits, sleep, exercise, ergonomics and psychosocial factors) involved in chronic pain. The clinician completes the form with the patient and recommends treatments and lifestyle changes. Patients are encouraged to review the form at home. Dr. Finestone will discuss a case involving musculoskeletal pain and excessive opioid prescribing and will explain how the PETD was used to guide both the patient and the physician. He may ask the participants to be involved in the presentation by asking them about their own particular cases or how they would deal with a particular chronic pain presentation.

リハ科外来診療で経験したピットフォールの症例の紹介 —運動器疾患を中心に—

金沢大学附属病院リハビリテーション科 八幡徹太郎

私はそもそも運動器疾患に高い関心をもってリハ科医を志した。現在、切断、脳卒中、神経変性疾患、内部障害、嚥下障害。高次脳機能障害など幅広くリハ科医としての診療を行っているが、運動器疾患に対し最も愛着を持って診療している様子は周囲からも明らかであろうと思っている。しかし、整形外科医としてトレーニングを積めたのはわずか2年弱であったため、今もリハ科医として運動器疾患の up-to date の情報収集を怠らないよう、できるだけ自助努力している。

リハ学会関係の活動に参加していると、当学会のリハ科専門医には私のような運動器が好きという医師よりも neuro-rehab. に造詣の深い医師のほうが多いということがわかった。そのことに対して私は全く異論はなく、逆に私は刺激を受けることが多い。しかし、neuro-rehab に専心されている先生方の中で運動器疾患のリハに全く関心を示さない先生が時にいるため、大変残念に思ったり、時にはリハ科医の将来を少しばかり憂慮することもある。

今回、リハ診療現場の前線地帯で遭遇した、運動器疾患に絡むピットフォール事例をいくつか紹介する。リハ科医の初期診断が不適切であれば、患者を不幸にしていた可能性がある事例である。また、いずれも珍しい病態や状況やではなく、リハ診療に従事するリハ科医としては見逃してはならないと考える事例であるとする。リハ科医としての臨床実学の専門性を研鑽するに、皆さんにとって有益な提示事例となれば幸いである。

がんのリハビリテーションにおけるリハ医の役割

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 大森まいこ

生涯でがんに罹患する確率は約2人に1人、がんと診断された人の5年相対生存率は50%以上という厚生労働省のデータから示されるように、がん生存者(がんの治療を終えた、あるいは治療を受けている人)の数は年々増加しており、その数は500万人を超えようとしている。このように“がんと共存”していく現代で、がんそのものやがん治療によって生じる様々な障害に対してアプローチするリハビリテーション(以下リハ)の重要性が広く認識されるようになってきている。

この10年弱の間に、がん対策基本計画の中でリハの取り組みを推進する方向性が示され、2010年の診療報酬改定でがんリハ料が算定可能となり、我が国における「がんのリハ」は様々な動きや取り組みによって大きく進歩した。がんのリハガイドラインも発行され、がん患者に対する適切なリハによって、身体機能、精神・心理機能の改善や合併症発症率の減少などの効果が期待できると示された。リハを必要とする多くのがん患者にリハが行われるようになったといえよう。

しかし、さらなる発展のためにまだ課題がある。2013年3月に発行された「がんのリハビリテーション グランドデザイン」は、「がんのリハに関する正しい知識の普及」、「がんのリハの人材育成」、「がんのリハ提供体制の整備に関する研究」、「がんのリハ研究の推進」の4つの章からなり、それぞれ現状、ミッションが示されている。

実際の臨床現場において、がん患者に対するリハの基本的な方針・内容は、他の疾患による障害に対してと同様である。ただし、がん患者に対してリハを施行する際には、原疾患の進行に伴う機能障害の増悪、二次的障害、生命予後などに特別な配慮が求められる。つまり、がんやがん治療の知識を持った上で、リハの目標やプログラム、リスク管理を設定し、病状に応じてそれらを柔軟に変更する必要がある。カンサーボードやがん治療病棟のカンファレンス、緩和ケアチームなど、がん患者の治療方針決定の場面にリハ医やリハスタッフが参加する機会も増えている。がん治療や緩和ケアと並行してリハを行うことが多いため、がん治療医と綿密な連携を取ったり、看護師や緩和ケアチームのスタッフなどと多職種チームでアプローチしたりすることも大切である。治療を継続しながら自宅で過ごし社会復帰をする、あるいは在宅で終末期を迎えるがん患者が、リハを行うことも多くなっている。

そういった中で、リハ医がリーダーシップを発揮し、しっかりとしたりハ目標やプログラム、リスク管理を設定することで、がん患者や家族のためになるさらに質の高いリハを目指すことができると考える。リハ関連職種や他職種へのがんのリハについての教育や啓発活動、また人材育成などもリハ医の大切な役割である。

がんのリハの動向やトピックスについて述べ、さらなる普及、発展のために、わたしたちリハ医に何が求められているかを考えたい。

外科的リハビリテーション Rehabilitation surgery

昭和大学保健医療学部理学療法学科 真野 英寿

「障害者に対して行う、手術を含めた外科的治療をRehabilitation Surgeryと呼ぼう。」これは元中伊豆リハビリテーションセンター所長三島博信先生の発案によるものです。

我々が専門医になった20年前は、現在のようにリハ医療が普及していませんでした。リハは温泉地で行うものであり、急性期リハも地域リハも普及していませんでした。変形、拘縮のひどい患者様がたくさんいたわけです。適切なリハが行われていない時代の麻痺肢は、拘縮だけでなく、浮腫があり、腱は短縮し、痛みを伴い、骨萎縮を伴う、いわゆるReflex Sympathetic Dystrophy (CRPS type1)の患者様が多かったように思います。リハ専門医は、リハの理念のもとに、障害者の社会復帰を考えるでしょう。そのためのひとつの手段が手術でした。障害者に向き合って、手術治療を行った先人の中で、私をご指導をいただいた3人の先生を紹介し、その実績を通して、外科的リハについて考えてみたいと思います。

三島博信先生は昭和40年代に脳卒中後の変形に対する腱延長術を積極的に行っていた先生です。片麻痺の手術治療の文献を検索すると、三島先生の症例数がずば抜けて多いことが判ります。私は、片麻痺の手術の中では、前脛骨筋を分割して足関節背屈の機能を生かす、腱移行術を教えてくださいました。洞爺湖リハ病院、中伊豆リハセンターと温泉地で数多くの手術を行っていたようですが、障害者が地域で生活するために、徹底した指導をされていました。障害者が地域で生活していくための手術であると思います。

次は、昭和大学リハビリテーション医学診療科の初代教授である森義明先生です。今では信じられない事ですが、当時は、切断の手術から義足作製、自宅往診までリハ科が行っていました。リハ科外来でも多くの手術治療を行いました。リハ科の外来が、まるで野戦病院のようでした。腱延長術、褥瘡の処置と手術、陥入爪、粉瘤など脳卒中だけでなく、慢性関節リウマチやパーキンソン病の患者を含めて障害者に必要と思われるものは、なんでもやっていたように思います。

最後に南多摩整形外科松尾隆先生のお話をさせていただきます。松尾先生の手術は整形外科的選択的痙性コントロール手術 Orthopaedic Selective Spasticity Control Surgery と呼ばれます。筋肉を一関節筋と二関節筋に分け、支持性の高い一関節筋を温存し、抗重力性の高い二関節筋を選択的に延長していきます。痙性をコントロールするというそのネーミングは衝撃的なものですが、その本質は、脳性麻痺の障害に正面からむきあって、創意工夫し確立した治療です。今回は、リハ専門医の先生方にお話ししたい手術として、股関節脱臼、アキレス腱延長術、脳性麻痺の二次障害の治療などのお話をします。

在宅における高齢慢性心不全患者の心臓リハビリテーション

ゆみのハートクリニック 諸富 伸夫

慢性心不全 (chronic heart failure: CHF) は循環不全に伴い末梢骨格筋に障害をもたらす運動耐容能が低下する。2004年に出された ExTraMATCH 試験では exercise based cardiac rehabilitation (CR) により運動耐容能の向上と生命予後の改善が示された。本邦でも日本循環器学会より出された「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」において CR は CHF に対する治療として明記された。しかし 2009 年に施行された大規模 RCT である HF-ACTION 試験では総死亡、再入院において患者背景因子で補正をした結果ようやく統計学的有意差を認めるのみで CR の効果を導出するには不十分な結果であった。CR の効果が導出されなかった理由の 1 つとして、CR の遵守率低下が挙げられる。そして Witham らは、特に高齢者では低体力や重複障害のため CR による運動効果がみられにくいことを報告した。

一方で、本邦の CHF 患者数は 120 万人前後といわれている。近年、CHF 患者の平均年齢は JCARE-CARD で 71 歳、CHART-1 で 69 歳と高齢者の増加が指摘されている。従って、これら高齢 CHF 患者に対する CR については早急な対策が必要であると考えられる。さらに施設に通院できない在宅高齢 CHF 患者の CR の報告は少ないのが現状である。そこで当院ではこれらの患者を対象に訪問 CR を 2015 年 4 月より開始した。

訪問 CR では在宅高齢 CHF 患者を対象に訪問診療医が理学療法士 (PT) と同行して患者宅を訪問する。評価項目は患者の心疾患の病態だけでなく、栄養状態、身体機能、生活環境、社会背景など多岐にわたる。そして患者、家族と相談して、具体的なリハ計画を PT とともに立案する。訪問 CR の初回導入時や再評価時には同行した医師がリスク管理を行い、リハ内容の安全性と効果について確認をする。また、ケアマネジャー、訪問看護師ら地域のスタッフと情報を共有しながら、生活のなかで訪問 CR がすすめるように環境調整を行う。我々はこれまでに 20 例の在宅高齢 CHF 患者に対して訪問 CR を行った。訪問リハ介入群 (n=4) は非介入群 (n=4) と比較すると、身体パフォーマンスの評価ツールである Short Physical Performance Battery の 1 ヶ月の平均変化量において $+1.5 \pm 1.3$ vs. -0.8 ± 2.2 と統計学的には有意ではないが身体パフォーマンスの向上が認められた。また、「生活がしやすくなった」、「息切れが軽減した」等、QOL の改善も認められた。

本講演ではまず CHF における CR の現状と、高齢 CHF 患者における CR の問題点を説明する。そして当院での取り組みと実績について報告をするとともに、高齢 CHF 患者の CR の今後の方針について考察する。

**リハビリテーション科専門医による回復期リハビリテーション病棟の
脳卒中患者の並存疾患管理**

東京湾岸リハビリテーション病院 近藤 国嗣

平成12年度に回復期リハビリテーション(以下回復期リハ)の専門的医療の担い手として、回復期リハ病棟が保険点数上制度化された。本病棟は、世界的に見ても非常にユニークな医療制度であり、現在全国で約7万3000床が稼働している。疾病治療を主としている医師から、リハ医へと主治医が変わることにより、長期的な視点にて機能・能力的ゴールを目指しての治療計画の立案・実践ができ、全身状態の変動が生じて、ゴールに向けて継続した治療が可能となる。しかし、回復期リハ病棟100床あたりリハ専門・認定医は0.4人、リハ科医0.65人(2011年度)というのが現状であり、リハ医(リハ科専門医)主導による回復期リハ病棟運営は多くない。

一方、重症化する患者にも、回復期リハが提供されるために2008年度には、ADL重症患者(看護必要度B項目:日常生活機能評価)が「回復期リハ病棟入院料1」の基準に組み込まれ、2012年度には医療的介入度(看護必要度A項目)の基準も組み込まれた。さらに、2014年度には入A項目がより医療度が高い内容に変更され、回復期リハ病棟は重症化へと進んでいる。しかし、DPC導入の影響もあり、危険因子等の全身精査が十分に行われないうまま、回復期リハ病棟への移行が進んでいる風潮もある。長期的な視点にて機能・能力的ゴールを目指すためには、回復期リハ病棟のリハ医こそが、再発予防を含めた長期的な全身管理と治療方針を立てる必要があり、並存疾患管理を積極的に行っていくことが求められている。

当院の概要

回復期リハ病棟のみの160床の病院で、8名の医師(リハ科専門医5名、非専門医も全員リハ医学会員で専門医取得を目指している)が常勤し、リハ医による回復期リハ医療を実践している。2014年度の新規入院患者640例、うち脳疾患が64.7%であり、通常退院した脳卒中患者376例(平均69.1歳)のFIMは入院時65.8点、退院時92.4点、利得は26.5点である。

脳卒中患者への並存疾患管理

入院時スクリーニング検査として血液、X線、CT、心電図などに加えて心・頸動脈、体組成検査(四肢筋量指数:SMI)、骨密度検査を施行している。さらに腹部エコー、睡眠時無呼吸検査も可能な範囲で施行し、リスクファクター精査を行っている。また、NSTによるチーム回診を毎週行い、低栄養例の早期抽出・早期対応を行っている。

心エコーでは指摘されていない心房細動が750例中35例4.7%に認められた。また、睡眠時無呼吸も呼吸障害指数5以上が468例中408例(87.1%)、30以上は67例(14.3%)に認められ、41例にCPAPを院中に導入した。一方、SMI値がサルコペニア基準となる例は男性8割、女性で6割に認められたり、2013年度より蛋白質率を高めた食事に変更した。本講演においては、これらの結果の詳細と問題・対応、今後の展望について述べたい。

リハビリテーション医学における基礎研究の展開

東邦大学大学院医学研究科リハビリテーション医学講座 海老原 覚

リハビリテーション医療は介入対象が疾患ではなく障害であるがゆえ、その他の臓器別の診療科と比較して、かなりの複雑系を対象とする宿命にある。それを理解する方法の一つとして非臨床研究によるアプローチがある。

近年がん医療の進歩により、がんを抱えながら生存している患者の数も期間も急激に増加している。そのようながん患者に対してリハビリテーションを行うことががん患者のADLやQOL向上に役立つことが知られ、積極的に行われるようになってきている。しかしながら、リハビリテーションががん患者のがんそのものに対してどのような影響があるのかはほとんど検討されていない。そこで私たちはリハビリテーションの運動療法が、がんそのものに対して影響があるかどうか検討することとした。方法として担がんモデルである固形がん皮下腫瘍マウスを用いて、トレッドミルによる運動が固形がんの発育・血管新生に対して、どのような影響を与えるのかを検討した。同様な方法によりさらに、がんカケキシアに対する運動療法の効果についても検討した。

誤嚥性肺炎の細菌を調べると、その起因菌として虫歯菌である口腔連鎖球菌の強い関与が示唆され、その菌を少量ずつ長期間にわたり持続誤嚥している症例が多いと思われる。虫歯菌といえども歯を酸で溶かす菌であり、持続誤嚥の結果、慢性的な炎症を起こしている可能性があるがそれを示す研究はなかった。そこで私たちは慢性持続誤嚥動物も出るとして、マウスに4週間少しづつ、酸+ペプシン+LPS+とろみ剤の混合物を投与し、慢性炎症の指標である脈管形成について検討した。さらにその脈管形成阻害剤の効果についても検討した。

また痛みや呼吸困難感、咳衝動の評価などの感覚に関する研究は動物実験が困難である。そのような研究では、ヒト(健常人)を対象として病態シュミレーションを行い基礎研究を行ってきた。その知見についても可能な限り紹介する予定である。そしてヒトを対象とした橋渡しの研究にも触れる予定である。

リハビリテーション医として地域医療を継承する

沖井クリニックリハビリテーション科・内科 沖井 明

平成23年の調査では全国でリハビリテーション(以下リハ)科を標榜する診療所は11252件あり、これは全診療所の9軒に1軒に当たる。一方で日本リハ医学会の会員数は約10200名(2015年8月末時点)であり、専門医・認定臨床医は6000名程度である。そのため、リハ科を標榜する診療所にリハを専攻する医師が在籍する割合は今のところ少ないと考えられる。

本講演ではリハ医の開業に関連して演者の経験した事実を報告し、3つの立場から当事者として考察したい。3つの立場とはかかりつけ医業を継承した開業医の子息、地域に開業したりハ専門医、医業経営者である。

当院は岩国市の市街地に1940年に外科病院として開業し、1975年に父が継承し、通所介護・訪問リハ・居宅介護支援事業所を併設して、人口4000人の一次医療圏に対してプライマリケアを提供し、本年より演者が法人を継承した。

演者はかかりつけ医活動に有用なスキルを学ぶ目的でリハ医学の門をたたいた。継承に向けて、リハ医が療法士を用いずに行う生活指導について知るべく、2007年から「リハ相談外来」を開始した。リハ相談外来で扱った事例は脳卒中の痙縮や装具、嚥下に関する相談のほか、ひざや腰の痛み、あるいはしびれや易転倒の原因診断があった。リハ相談外来の診療枠は毎回埋まったが、一例あたりの診療時間が長く、経営的な点では収入は他科の6割程度であった。人件費や管理コストを考えると自分の行うリハ診療だけではかかりつけ医機能の継承は困難であることが確認できた。リハ相談外来は現在では他科の要素も交えた総合診療外来に変容した。

通院困難な患者も多かったため、2010年からは往診を開始した。往診では生活上生じる困難を当事者とともに現場で確認でき、リハの診療と訪問診療の親和性の高さが感じられた。最近では、遠方からの依頼を受けるようになり、リハ往診は二次医療圏三つに相当する面積で活動し、外部の訪問リハ事業所と連携して診療を行うようになった。その際、往診ルートの効率化と一次医療圏のケア体制の確保が必要であった。

また活動する中で、専門医として一次医療圏にできることを考えるようになり、指導だけではできない運動療法を提供し、特に脳卒中者に対して新しい治療と情報を提供・体験できる場として本年春に通所リハを開設した。施設の特徴を周囲に働きかけ、既存施設とすみ分けることで徐々に利用者数は増加し、圏域の介護予防への貢献も始まった。

医師の活動には医学の先端、地域医療の前線と、教育研究の3方向の前線があるといわれる。数の少ないリハ専門医には開業するにあたり地域医療への貢献だけでなく、リハ医学の先端を可能な範囲で実践し、その結果を学術的な情報として研究機関に提供する役割がある。また圏域の住民、関連職、他科医師のリハへの理解を拡げ、深める役割があり、経営を安定させ、社会資源としての医療を持続させる義務を追うことになると思う。

血行障害による下肢切断のリハビリテーション

広島大学病院リハビリテーション科 木村 浩彰

下肢の新規切断は先進国の人口10万人当たり年間20-80人発生し、その90%以上が糖尿病や閉塞性動脈硬化症などの血行障害が原因である。下肢切断は治療にかかる医療費と、その後の社会保障費の二重の負担がある。例えばアメリカは年間10億\$以上の下肢切断関連の医療費を支出しており、切断者の生活を支援する社会補償費も膨大である。これらの下肢切断の問題は、人口の高齢化や疾病構造の変化により加速度的に悪化している。しかし、下肢切断に関して切断手術を含め定型的なリハビリテーションは無い。当科ではJohannessonらの方法に準じて在院日数の短縮と義足歩行獲得を目標に、下肢切断から断端管理、早期義足装着プログラム(SMART program)を行っている。SMART programは下肢切断のために医師と理学療法士、看護師、義肢装具士のチームを創ることから始まる。下肢切断はsagittal flapを使用し、術直後から術後1週までOssur Rigid Dressingで断端を固定する。断端末から4cm部位の周径を基準に滅菌可能なPostop. Linerを装着し断端の成熟を促す。術後3-5週で断端の周径が一定になるので、MSS socket (Module Socket System)を作成し、その場で義足を完成させ歩行訓練を開始する。SMART programにより下肢切断から断端訓練、義足作成から歩行訓練までクリニカルパスを構築できるので、手術から歩行に至るリハビリテーション期間を短縮できる。またクリニカルパスを提示することで、入院期間や転院時期、転院先を調整できる。JohannessonらはSMART programにより下腿切断を大腿切断の3倍まで増やしており、下腿切断が増加しただけ貸し切断者の歩行能力が維持される。当科では、歩行困難な下肢切断者であっても体重を免荷して歩行訓練を遂行できる反重力トレッドミルAlter Gや、ホーマーイオン社の低周波刺激などの機能訓練を実施し、機能維持に努めている。血行障害による下肢切断は手術から生活復帰まで専門的な技術を要するので、関係者の知識や技術を結集したチーム医療を遂行すべきである。

今後の課題であるが、下肢切断者の歩行能力をさらに獲得するため、さらに早期からのリハビリテーションを検討したい。スウェーデンではOssur社のPower Knee(膝関節と足関節にモーターを取り付けた大腿義足)を高年齢者下肢切断の早期リハビリテーションに導入している。これに対して日本独自のHALを応用してはどうだろうか?下肢切断者の神経機能は正常なので、下肢切断手術前にHALを装着し、切断術直後からHALもしくはHALの義足バージョンを装着し歩行訓練を開始する超早期リハビリテーションの可能性について提案したい。

摂食嚥下障害のリハビリテーションにおける リハビリテーション科専門医の重要性

川崎医科大学リハビリテーション科 平岡 崇

リハビリテーション医学・医療の主要分野のひとつに摂食嚥下障害分野が挙げられる。脳血管障害の合併症としての摂食嚥下障害は、軽度なもので含めると約70%にのぼるとの報告もある。その他、明らかな脳血管障害の既往を有さない高齢リハビリテーション患者においてもかなりの割合で摂食嚥下障害が存在することも知られており、いまやリハビリテーション医学・医療の分野において摂食嚥下障害を看過できる時代ではなくなっている。摂食嚥下障害の放置は、誤嚥性肺炎発症に直結するが、摂食嚥下リハビリテーション(摂食嚥下リハ)を含む適切な対応で誤嚥性肺炎の発症を有意に減じられることが知られている。つまり誤嚥性肺炎の予防の観点からも摂食嚥下リハの果たす役割は大きい。なかでも脳血管障害による摂食嚥下障害やそれに伴う誤嚥性肺炎は患者数も多く、摂食嚥下リハの中核を占める。脳血管障害医学の進歩に伴い、脳血管障害そのもので命を落とす患者は減少したが、その後遺症としての摂食嚥下障害患者が急増した。この点については、平成23年以降の日本人死亡原因の第3位に肺炎が挙がっている点からも伺い知ることが出来る。このように脳血管障害診療の観点からも、摂食嚥下障害に対する適切なマネジメントは欠かすことが出来ない重要な課題の一つであると言える。当院においては、脳卒中科・脳神経外科・リハビリテーション科3科合同での脳血管障害診療体制が整備されており、常時多面的な診療を展開している。嚥下障害診療に関してもその一環として積極的に取り組んでおり、その中心となるのはリハビリテーション科専門医(リハ科専門医)である。

また摂食嚥下リハを語る上で経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)は欠かせない。PEGは持続的経鼻胃管(CNG)のデメリットを補う非常に重要な代償的栄養摂取手段であるが、その選択には賛否両論ある。その背景には、医学的・福祉的・倫理的・哲学的・経済的問題が複雑に絡み合っており、一概にその選択の正誤を論じられるものではない。しかし臨床現場において、摂食嚥下リハを成功に導くために必要なPEGならば、特別な事情がない限り必要に応じて原則ためらわずに選択すべきであると考ええる。そのためには患者・患者家族を含む周囲に納得の得られる明確な戦略を持って臨む必要があり、その説明の労を惜しまないことも重要であると考ええる。このようにPEGの選択に際してもリハ科専門医は重要な役割を果たしているといえる。

本セッションでは、本学術集会のメインテーマである「リハ医の真価」について、摂食嚥下リハ分野においても再考する。当院での取り組みや当医局での若干の研究結果も交え、摂食嚥下リハの重要ポイントについて総括し、改めてリハ科専門医の存在意義について考えてみたい。

障がい児・者スポーツ普及におけるリハ専門医の役割

国立成育医療研究センターリハビリテーション科 上出 杏里

2020年東京オリンピック・パラリンピックの開催を契機に、多くの人々にとって障がい者スポーツがより身近なものになることが期待されている。障がい者スポーツを知る、体験する機会が増えることは、障がい者と寄り添いながら共に生きる社会について考えるきっかけとなり、さらに、障がい者らにとっては、社会参加や自立・自律に向けた一步を踏み出す後押しになることが期待される。特に、小児期から障がいの有無に関わらずスポーツを楽しめる環境が広がれば、社会全体に及ぼす影響も大きいと考えられる。

一般に、スポーツは小児の心身機能の発達を促し、自主性や社会性を高める役割があると言われていたが、疾患や障がいを有する児らにおいても健康の維持増進、機能の回復、向上だけでなく、エンパワメント、社会参加の実現にむけた重要な役割を担うと考えられている。特別支援学校の義務教育化により、障がい児らが体育へ参加する機会は増えたものの、余暇としてスポーツ活動を楽しむ障がい児の割合は非常に少ない。また、普通学校へ所属する障がい児らの場合、スポーツをさせるのは危険であるという誤解から、体育の授業は一部参加に留まっている者が少なくない。これらの問題の背景として、インフラ設備の不足だけでなく、学童期の障がい児を対象とした具体的な運動指示を行う医療者やスポーツ指導者が不足しているという問題が挙げられる。実際に、我々が行ったジュニアパラアスリートを対象としたスポーツ参加実態に関するアンケート調査結果から、スポーツ開始の動機の多数が児自身の希望または保護者の勧めであり、医療者を介したスポーツ導入例が少ないことが分かっている。また、後天性疾患による障がい児へのスポーツ導入が遅れる傾向や、スポーツ環境の地域較差、スポーツを継続するための経済的負担、学業や就労との両立など様々な課題が抽出された。これらの結果をふまえ、障がい児へのスポーツ導入機会、環境を作るべく様々な取り組みを進めている。当センターのリハビリテーション対象は、急性期の患児が多くを占めるが、早期からスポーツを楽しみとして感じられるよう訓練の中へ取り入れるようにしている。また、通院児への体力評価やスポーツ導入に関する相談へ応じ、スポーツ仕様の車椅子体験の機会を作る等、体育の時間以外にもスポーツを楽しむ動機付けを行っている。さらに、院外での取り組みとして、アスリートを目指す児らを対象としたキャンプの開催や地域の活動として、小児から高齢者まで障がいの有無に関わらず参加可能なコミュニティスポーツプログラムやスポーツイベントの開催の企画、運営にも取り組んでいる。

今回、障がい児・者のより身近に存在するリハビリ専門医を中心に、障がい児・者への積極的なスポーツ導入が進むことを願って、我々の取り組みについてご紹介させて頂く。

座長／熊本大学医学部附属病院

脳卒中・急性冠症候群医療連携寄付講座 大串 幹

人工股関節全置換術術後早期における 歩行アシストロボットと通常の歩行訓練の比較

りんくう総合医療センター整形外科

藪野 互平、澤田典与司、岡田倫太郎、恵谷 悠紀、金澤 元宣

【目的】人工股関節全置換術（以下THA）術後早期回復、退院を目的に、術直後の筋力低下を補い歩行練習が行えるように歩行アシストロボット（本田技研社製）トレーニング（以下GART）を用いた早期リハビリテーションを施行したのでその効果について報告する。

【対象および方法】2013年6月から2015年5月までに当院でTHAを施行した40例40股を対象とした。手術は全例、後側法アプローチで行い、ナビゲーションを使用した。疾患は全例、変形性股関節症であった。ロボットを使用した群（以下ロボット群）は20股、ロボットを使用しない群（以下通常群）は20股であった。それぞれ群において年齢、性別、BMI、日本整形外科学会股関節機能スコア、日本整形外科学会股関節疾患評価質問票には両群間に統計学的有意差はなかった。全例、翌日には離床歩行訓練を開始した。ロボット群はGARTを術後1週間1日あたり10分間おこなった。評価項目は患側の3分間歩行距離、股関節屈曲角、およびTUG、について、術前、術後1週、2週さらに入院期間とした。

【結果】歩行距離はロボット群（術前150m、術後1週139m、術後2週155m）、通常群（140m、115m、術後2週154m）であった。股関節屈曲角はロボット群（19.9度、23.1度、22.7度）通常群（19.1度、17.8度、23度）TUGはロボット群（13.8s、18.8s 14.9s）、通常群（13.8s、18.8s 14.9s）であった。術前ではいずれも項目も統計学的有意差をみとめなかったが、術後1週で股関節屈曲角、歩行距離、TUGは有意に改善していた。さらに、入院期間が23.1日から18.2日へ短縮した。

【考察】変形性股関節症の患者では、中殿筋ばかりでなく、腸腰筋の筋力萎縮もありさらに長期に残存するという報告がある。さらに、THA術後は股関節の屈曲力が低下することを経験する。人工股関節全置換術術後リハビリテーションにおいて歩行アシストロボットを用いた早期リハビリテーションに用いることにより、早期回復、早期退院に有用な方法であることが示された。

座長／熊本大学医学部附属病院

脳卒中・急性冠症候群医療連携寄附講座

大串 幹

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

笠井 史人

今こそアピール！リハ医の真価

1. リハ医の真価—Subspecialtyの構築—

永生病院名誉院長・慶應大学名誉教授 千野 直一

リハビリテーション(以下、リハと略)医学・医療は、「リハ」という名称のお陰で、新聞・雑誌、テレビなどのマスメディアに取り上げられるようになった、と言っても過言ではない。しかしながら、リハ医学の本質が何であるかは、今もって十分認知されているとは言えない。これは、我々、リハ科専門医の多くが、今もって、悶々としている現状である。

その理由として考えられるのは、リハ医学は、「リハ」：社会復帰(発症前の状態への復帰)と、医学の原点である物理医学(Physical Medicine)の2領域から構成されるものであるが、昨今、専門医としてリハ医学を「疾患の診断と治療」に結びつける努力が十分とは言えず、それがリハ医学をフアジーなものとしている。

これは、リハ医学を専門領域として構築した米国においても同じであり、リハ専門医であるPhysiatristという呼称さえ、米国の医学・医療界で広く通用しない為に、Rehabilitationistという言葉が使用される場合もある。

さて、日本で専門医学分野として取り入れられたのは、太平洋戦争後の医療法制定時(1948年)に標榜診療科の一つとして「理学診療科(または放射線科)」が策定されたが、これは米国リハ医学専門制度の発足(1947年)の創設期の名称はPhysical Medicine(物理医学)であり、その後、1949年に「リハ」が追加されて現在の専門医制度の名称であるPhysical Medicine and Rehabilitation (PM&R)に変更された経緯と同じである。

このように、リハ医学は、「リハビリテーション」の呼称の元に、日本でも米国でも一般的な認知度は挙がったものの、医学・医療上での専門性に関して、今もって不透明さがあることは否定できない。

我が国において1963年に「日本リハ医学会」が創設され、日本医学会分科会に加入し、1996年に「リハ科」の診療標榜科名が認可された。21世紀に入ると、文科省科研費で、「リハ科学・福祉工学」の細目が採用され、また、専門科名として「リハ科」が基本領域18科の一つと認可された。

「今こそアピール！リハ医の真価」が、まさに、日本リハ医学会専門医会に求められている。

最も重要なことは、リハ医学・医療が、他の医学・医療分野との違いを再確認し、基礎と臨床面で更なる研究を展開させる必要がある。

臨床的には、リハ科での「診断と治療」の特殊性を啓発し、多くの患者が「リハ科」を受診し、他の診療科から「リハ科に依頼して良かったね」という実績を積むことであろう。

演者の経験では、リハ科での「診断」の第一は、臨床神経生理学の筋電図、神経伝導検査である。また、「治療」として、機能障害の治療法として、痙縮、麻痺、嚥下を含めて、コメディカルとのチーム医療。ADL評価と能力改善など、リハ科として多に特殊性を発信し続けることである。

一方、リハ基礎医学と診療面での発展のために、Subspecialtyの構築が焦眉の急と言える。因みに、米国リハ医学アカデミーのSubspecialtiesとして、以下の領域がある：1) Brain Injury Medicine, 2) Hospice and Palliative Medicine, 3) Neuromuscular Medicine, 4) Pain Medicine 5) Pediatric Rehabilitation Medicine, 6) Spinal Cord Injury Medicine, 7) Sports Medicine

座長／熊本大学医学部附属病院

脳卒中・急性冠症候群医療連携寄附講座

大串 幹

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

笠井 史人

今こそアピール！リハ医の真価

2. 社会から必要とされ急性期・回復期・生活期へ
多様化しつつあるリハ専門医

医療法人社団輝生会理事長 石川 誠

リハビリテーション医学は主として自然科学としての道を歩んできたが、一方で社会科学としての道も開拓してきた。また、疾患～障害～生活へと視点を広げ、特に運動～動作～行為(行動・活動)へと対応する治療を重視してきた。しかし、我が国ではリハビリテーション医学およびリハビリテーション医療は社会的にさほど必要とされなかった。かつて「寝たきり老人・寝かせきり老人」を生みだしたが、リハビリテーション資源が乏しい時代、長期入院・施設入所という解決方法を選択していたからである。ところが疾病構造の変化、人口構造の変化、国民の価値観の多様化、経済状況の変化、医療・介護費用の増大などから、社会はリハビリテーション医学・医療に大きな期待を寄せるようになった。とりわけ高齢化の進行はそれに拍車をかけた。寝たきり老人の発生防止にリハビリテーション医学・医療は必要不可欠と国も社会も気がついたのである。2000年の介護保険制度の施行と回復期リハビリテーション病棟の創設に始まり、現在は「医療機能の分化と連携」と「地域包括ケア体制の推進」へと進化している。この2大改革の基本理念は明解である。ようするに早く治して(良くして)「寝たきり」にせず、在宅復帰へ導くこと。さらに在宅においても医療も介護も総合的に自立を支援し「寝たきり」にしないことである。リハビリテーション医療の現場では、医療連携に関していち早く急性期・回復期・生活期と整理し、各提供拠点も整備されつつある。そのいずれの拠点においてもリハビリテーション専門医が必要とされ、各ステージ毎の専門性も求められる状況にある。一方、この15年で理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)は5～6倍に急増した。このためリハ専門医：PT・OT・STは57：1から112：1へと変化した。ここで最も懸念されるのはPT・OT・STの卒後の教育研修体制である。現実には「おまかせリハ」といわれるPT・OT・STに丸投げするリハビリテーションの提供が稀ではないように思われるからである。チームアプローチの元祖といわれるリハビリテーションにおいて、医療・介護の変化を俯瞰しつつ、急性期・回復期・生活期の各現場で教育も含めリーダーシップをとるリハ専門医の存在は極めて重要であり、その活躍が今まさに求められていると言えよう。

座長／熊本大学医学部附属病院

脳卒中・急性冠症候群医療連携寄附講座

大串 幹

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

笠井 史人

今こそアピール！リハ医の真価

3. リハ医の魅力と価値を可視化する

鹿児島大学リハビリテーション科

下堂 蘭 恵

2017年度から日本専門医機構による新専門医制度が開始され、リハ科専門医は19ある基本診療領域の1領域として新たにスタートする。新制度において研修医は卒後2年間の初期臨床研修の修了後、19基本領域から1つを選択し概ね3年間の研修プログラム修了後に専門医試験を受験する。演者がリハ科に“入局”した時代には未だ標榜科ではなかったことを考えると基本領域として認知されたことは大変有意義なことである。その一方で、医学生を対象としたアンケート調査によると、将来専門にしたい診療科・分野でリハ科を選択した学生は0.8%であり(日医総研、2015年3月)、リハ科の必要医師数が現員医師数に対し最も高倍率であったとする結果(病院等における必要医師数実態調査、厚生労働省、2010年)、さらには我々が臨床現場で実感するリハ医のニーズを考慮してもリハ科を専攻しようとする医師を増やす取り組みは欠かせない。

2015年5月に開催された第52回日本リハ医学会学術集会において「エビデンスとロールモデルから示されるリハ科専門医の存在意義」というテーマのシンポジウムが専門医会幹事会によって企画開催された。

まず、エビデンスという側面からは“リハ科専門医の関与”について日本リハビリテーション・データベース協議会(JARD)の脳卒中患者データを用いた分析結果が発表された。複数の演者からリハ科専門医の関与によってFIM効率の治療成績の向上など総じて良好な機能予後に繋がる可能性が高い旨の発表があった。また現在第一線で活躍しているリハ医のロールモデルとしての側面からは、リハ科専門医不在のケアミックス病院へ新たに専門医として赴任して取り組んだ経験とその病院の劇的な変化について発表があった。その専門医の実践には早期リハ開始や定期的カンファレンスの実施、積極的装具処方、等々があり、さきに専門医関与のアウトカムとしてJARDのデータ解析で示された項目と多数共通している点が大変興味深かった。

これからもリハ医が得意とし“普通”とあまり意識せず実践している日々の活動の有用性をエビデンスとして明確にしていくと共に、様々なキャリアや経験から培われたリハマインドを有する、そして病院から在宅、そして急性期から回復期、維持期と日々様々な場所、時間、立場で活躍しているリハ医の姿を可視化すること、さらにその姿を患者・家族や学生、内外の医療スタッフ、そして社会にわかりやすく情報発信していくことによって、リハ医の普及や治療成績の向上、社会福祉の向上につなげていく事が重要ではないだろうか。

演者は大学に籍をおき診療、教育、研究を担うリハ医であるが、当教室のこれまでの活動も踏まえ、今後、リハ医として取り組むべき方向性について議論したい。

Reporting unsafe drivers after stroke: the art, the science and the law in Canada and Japan

Stroke Rehabilitation Research, Bruyere Continuing Care, Elisabeth Bruyere Hospital

Division of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Ottawa, Canada Hillel M. Finestone

This session will enable participants to: 1) better understand how physical, cognitive and visuospatial deficits following a stroke can affect driving performance and 2) integrate the key factors that influence the reporting of stroke patients' driving safety to licensing authorities in Canada and Japan. The factors that should be considered when assessing the driving safety of our stroke patients include physical and cognitive requirements, driving theory, driving assessment methods, and patient reporting and legal issues. Physical and cognitive requirements for driving are: vision (visual acuity, depth perception, visual scanning, dynamic acuity, visual fields, night vision and glare accommodation), hearing, motor skills (power and coordination), sensation and cognitive skills (vigilance, attention, judgement, insight and planning skills). Theoretical models of driving have been described. Stroke affects driving performance by causing impairments of language, visual perception and movement. Functions such as attention, psychomotor speed and visuospatial ability may also be impaired, thus potentially negatively affecting driving safety. The physiatrist would like to preserve the stroke survivor's ability to drive because those who resume driving have decreased depression and a reduced sense of immobility, and driving is a key factor in community integration. A case will be presented followed by an overview of poststroke driving-related, medical and legal issues that Canadian physicians and other health care professionals must often deal with. Data from other countries, including Japan, will be presented along with an analysis of the impediments and benefits of mandatory reporting of potentially unsafe poststroke drivers. A discussion on reporting unsafe drivers in Japan and the role of physiatrists in this process will follow.

座長／原宿リハビリテーション病院 林 泰史
総合病院聖隷三方原病院リハビリテーション科 片桐 伯真
コーディネーター／化学療法研究所附属病院リハビリテーション科 武原 格

脳損傷者の自動車運転再開を支援するために我々ができること

1. 実地医家に必要な自動車運転についての知識

滋賀医科大学社会医学講座法医学部門 一杉 正仁

1. 心身の状態と運転免許

わが国では、2002年に改正された道路交通法(以下、道交法と記す)で、特定の疾患患者が一律に自動車運転免許を取得できないという欠格事由が廃止され、免許取得の可否について個別に判断されることになった。まず身体機能であるが、道交法第91条、同法施行令第38条によると、目が見えないこと、体幹の機能に障害があつて腰をかけていることができない身体の障害、四肢の全部を失ったものまたは四肢の用を全廃した身体の障害、その他自動車の安全に必要な認知または操作のいずれかに係る能力を欠くことによる身体の障害がある者は6カ月以内の免許効力の停止または免許の取り消しとなる旨が記載されている。

疾病と自動車運転免許について、道交法第90条によると、幻覚の症状を伴う精神病であつて法令で定めるもの、発作により意識障害もしくは運動障害をもたらす病気であつて政令で定めるもの、その他自動車の安全な運転に支障を及ぼす病気として政令で定めるものについて、6カ月以内に回復や改善の見込みがある場合は6カ月を超えない期間免許が保留され、その他の場合には免許が与えられないことになっている。この記載はやや抽象的であるが、道交法施行令には疾病について具体的な記載がある。これ以外に、道交法第66条がある。すなわち、「何人も、過労、病気、薬物の影響その他の理由により、正常な運転ができないおそれがある状態で車両等を運転してはならない」という規定である。一言で表現するならば、自動車を運転する人に対しては、厳格な健康管理と適切な薬剤の使用が自己責任として求められているのである。

2. 自動車運転を前提とした患者指導

自動車事故の原因の約1割は運転者の体調変化に起因すると言われている。自動車運転には複雑な認知、判断、運動能力を必要とするため、集中力の欠如、睡眠不足なども事故の原因となり得る。職業運転者を対象にした演者らの検討では、原因疾患として脳卒中が最も多く、以下、心疾患、失神、消化器疾患と続いた。したがって、自動車を運転する人では、すべての疾患に対してコントロールを良好に行う必要があり、適切な薬剤の内服を含めた良好な疾患の管理が、まず必要である。

次に、脳損傷患者の自動車運転を考える。適切な運転能力がある患者さんが交通社会に復帰することは望ましいことである。一方で、交通社会の安全を確保することが求められる。したがって、日常臨床で行われている神経心理学的検査結果、ドライビングシミュレーターによる運転能力評価結果を参考に運転可否についての正確な判断を行う必要がある。また、運転に必要な注意点を患者および家族に分かりやすく説明することも求められる。

わが国における自動車運転をめぐる法律を概説するとともに、実地リハビリテーション医に求められる自動車運転に関する知識を整理したい。

座長／原宿リハビリテーション病院 林 泰史
総合病院聖隷三方原病院リハビリテーション科 片桐 伯真
コーディネーター／化学療法研究所附属病院リハビリテーション科 武原 格

脳損傷者の自動車運転再開を支援するために我々ができること

2. 他病院から運転再開評価依頼を受けている現状と課題

産業医科大学リハビリテーション医学講座 加藤 徳明

リハビリテーション医療の分野では、脳卒中や外傷性脳損傷 (Traumatic brain injury : TBI) などにより障害を持つ患者の社会復帰は重要な目標の1つであり、自動車運転は社会参加に大きな役割を果たす。また、てんかん患者の自動車運転事故をきっかけに障害者の自動車運転免許制度変更の機運が高まり、平成25年に道路交通法が一部改正され、障害者の自動車運転再開は社会的にも注目されている。

当院では、シミュレーターを評価の一部に用いた運転適性評価を2005年に導入し、簡易自動車運転シミュレーター (Simple Driving Simulator : SiDS) を開発しながら臨床応用を続けてきた。2013年に「自動車運転再開とリハビリテーションに関する研究班」を結成し、脳障害者の自動車運転再開に関する指針を作成した。2014年6月からこの指針を用いた多施設共同研究を開始しているが、約1年間で当院において運転適性評価を行った患者は42名で、そのうち他病院からの紹介が36名と多い。高次脳機能障害の評価入院中や外来通院中に適性評価を実施した患者もいるが、半数以上は2-3日の短期評価であった。他院からの紹介患者の傾向として、十分な説明を受けていないため自分が「適性なし」になるとは思っておらず、しばしば判定に不服を訴えトラブルになる。また2、3回の検査では行動観察は難しく、違和感を持つ言動(動作が雑、一方的に話すなど)をしてもそれをどう運転適性に反映してよいか判断に迷うことも多い。事前の情報が重要になるが、その入手方法を確立していないことも問題である。

評価時期は難しい問題であるが、当院では基本的に疾患名や病巣の大きさに関わらず発症から最低3ヶ月経過した患者を評価対象としている。この点は、紹介患者が多いために調整が可能な部分であろう。ただし、3ヶ月でよいか迷う症例も少なくない。以前、発症5ヶ月の皮質を含む両側前頭葉のTBI患者で、初回受診から2回目受診までの間に初発の症候性てんかんを生じた患者を経験した。けいれん発作を生じていない皮質を含む広範囲な病巣の患者に関して、いつ評価を実施するかは難しい問題であるが統一した見解は必要であろう。少なくとも画像診断や脳波検査は必須である。

この1年間で当院への自動車運転適性評価依頼は増えているが、遠方のことも多く短期間で評価・判定を行うシステムが必要である。SiDS前の神経心理学的検査は指針に従い共通したものを実施していただき、SiDSのみ紹介を受け実施するといった方法を勧めている。本シンポジウムでは研究班の勧める指針の紹介とともに当院の現状と課題を報告する。

座長／原宿リハビリテーション病院 林 泰史
総合病院聖隷三方原病院リハビリテーション科 片桐 伯真
コーディネーター／化学療法研究所附属病院リハビリテーション科 武原 格

脳損傷者の自動車運転再開を支援するために我々ができること

3. 病院がかかえている課題と病病連携

化学療法研究所附属病院リハビリテーション科 武原 格

リハビリテーション領域において脳損傷者の自動車運転再開は、ここ数年で注目を集めるようになってきた。私がこの問題に取り組み始めた平成20年頃はまだ重要性について認識されていなかったが、平成23年4月に起こったてんかんによる自動車事故のニュースが大きく社会的注目を集め、病気と自動車運転の問題について社会の厳しい目が向けられるようになってきた。そして、平成25年道路交通法の一部が改正され、平成26年6月1日から施行された。その改正では、公安委員会が一定の症状を呈する病気等にかかっているかどうかを把握するために、運転免許申請者または更新者に対して質問票を交付し、回答を求めるものが含まれている。虚偽申請には罰則が設けられている。質問票の一部に過去5年以内において病気を原因として意識を失ったことがあるか、過去5年以内に病気を原因として身体の全部または一部が一時的に思い通りに動かせなくなったことがあるかという項目が含まれている。つまり、脳損傷者はこれらの項目に該当するため、臨時適性検査等が実施され必要に応じ医師による診断書の提出が求められる。

診断書を記載する際、健常者でも自動車事故を生じうるため、どの程度身体機能、高次脳機能障害が保たれていれば、健常者と同程度の運転能力であるかという判断に苦慮する。残念ながら、この問題について国として基準を提示していない。私達は、自動車運転再開の取り組みの結果を前向き調査し、身体機能、高次脳機能、事故率等について本学会誌に報告した。この基準をもとに、現在私は脳損傷者の自動車運転再開を支援している。また私達が主催している障害者自動車運転研究会では、脳損傷者の自動車運転再開を支援している全国の各病院の支援方法や現状などについて報告がなされている。

しかし、これらの取り組みが可能である病院はごく一部であり、実際には多くの病院が支援の必要性は理解しているものの病院事情で踏み出せないのではないだろうか。その背景にはドライビングシミュレーター導入費用や、診療報酬が認められていないなどの問題があると思われる。現在、私は他院の回復期病棟退院後の脳損傷患者に対して自動車運転再開支援を行っている。その際、当院受診前に身体機能評価および高次脳機能評価を事前に終了し、発症後からの期間、内服薬に問題がないことを確認し、当院でドライビングシミュレーターによる評価の上、診断書の記載を行っている。また障害者自動車運転研究会で報告があった自動車運転再開支援を行っている病院の多くは、他院からの運転再開の可否に関する紹介に対応していた。このような病病連携が当面必要でないかと思われるが、将来的にはリハ科医のいるすべての病院で、脳損傷者の自動車運転再開支援ができることが望ましい。

コーディネーター・座長／国立国際医療研究センター病院

リハビリテーション科 藤谷 順子

座長／大阪大学運動器バイオマテリアル学講座 菅本 一臣

リハ医のものづくり

1. 研究と医工連携、製品化

秋田大学大学院医学系研究科医学専攻機能展開医学系整形外科学講座 島田 洋一

リハビリ医によるものづくりは、医用工学、材料学などの進歩により、ローテクからハイテク機器の開発、臨床応用へと大きな発展を遂げている。それにより、患者は従来得られなかった機能を獲得し、リハビリテーション医学の可能性を広げるきっかけにもなった。

演者は、計測、評価だけでなく、コンピューター、センサーを実際の機能再建に応用することを志し、25年間、多くの機器開発、臨床応用に取り組んで来た。その経験から、臨床医学におけるものづくりは、単なる思いつきだけでは、全く日の目をみないことを強く認識した。それは、ローテクであれば敷居は低いが、ハイテクになればなるほど、単一チーム、施設では困難で、第一線の共同研究が必須である。つまり、自分たちは、どの程度のテクノロジーを用いたものづくりをするのかを正しく認識し、理想を語るだけの夢物語に終わらないようにしなくてはならない。そこには当然、経済的側面が存在し、コストパフォーマンスを考慮するのは当然のことである。本ディスカッションでは、我々が進めて来たものづくりの体制、製品化に至る過程を俯瞰し、これからものづくりを目指そうとするリハビリ医の一助になるよう述べる。我々が開発、共同研究に参画し、実際の臨床に応用された主な機器は下記の通りである。

1. 経皮的埋め込み電極を用いた機能的電気刺激 (FES)：リハビリ分野では我が国初の高度先進医療
2. 多軸加速度センサーを用いた FES 歩行再建：片麻痺歩行の周期を高精度、リアルタイムに計測し、フィードバック
3. AKITA FES Rowing Machine の開発、商品化：高齢者、麻痺患者にとって最も有効な運動療法である FES ローイングを商品化
4. AKITA FES Cycling の開発：FES を併用し、普段使用している車椅子取り付け型サイクリングシステムを開発。東京パラリンピックでの応用
5. 機能的磁気刺激 (FMS) の臨床応用：埋め込み式マイクロチップ
6. NESS H200, L300 FES system の導入、臨床応用：米国バイオネス社と共同で薬事承認を得て、すでに 1,000 例の臨床実績
7. リハビリテーションロボット AKITA Trainer の開発：片麻痺歩行訓練に応用
8. FES パワーアシスト装具の開発：対麻痺、片麻痺歩行再建
9. リハビリマウスの開発：上肢機能再建

コーディネーター・座長／国立国際医療研究センター病院

リハビリテーション科 藤谷 順子

座長／大阪大学運動器バイオマテリアル学講座 菅本 一臣

リハ医のものづくり

2. 小さなことから具体化しよう！

島根県立中央病院 永田 智子

総合病院のリハ医として院内横断的業務にもかかわる中で、医療の質と安全管理の視点から様々な問題点に遭遇する。市中病院の臨床現場で感じる診療上の小さなストレス・疑問点に向き合い、こうありたい、を具体化してきた「リハ医のものづくり」経験を紹介する。

1) 電子カルテで効率的にリハ情報を共有したいーリハ処方箋と患者一元管理アプリケーション開発と改善ー(ソフト開発)

1999年に当院は独自開発の統合型電子カルテ(SHIMANE-IIMS: Shimane Integrated Intelligent Management System)を導入し、3度のバージョンアップ(IIMS-3)を行った。過去の問題は、リハ部門情報が部門システム内に限定されリハ情報の共有化が不十分な点だった。IIMS-3への移行に際し、リハ情報を院内全体から「見える化」するため、業務フローの見直しと運用概念図を含むシステム整備を行い、現場業務に即したアプリケーション開発を行った。

①リハ処方箋の改善

リハ医の処方に要する業務時間を短縮し情報共有化を高めるために、リハ処方箋に急性期リハのリスク管理上、必要度の高い検査情報の自動取得機能を追加した。利用頻度の高い画像(CT,MRI)レポートへのリンク、採血データ等の自動取得機能を追加し、初診患者の情報収集に要する時間が短縮した。リハ処方情報は即時にカルテ展開され、多職種で情報共有可能である。

②リハカンファレンスリストの機能集約化

カンファレンス時のカルテだしを省力化し、レポート参照とカルテ転送記載機能、FIM参照機能を追加し、カルテ記載時間を短縮し情報共有化を強化した。

③摂食嚥下リハのアプリケーション開発

摂食嚥下リハを院内全体で共有していくために、院内の摂食嚥下スクリーニングのシステムと運用整備を行い、多職種参加型のアプリケーションをチームで活用中である。

2) 現場の声を伝えた嚥下枕の改良(モノづくり:その1)

嚥下枕は、嚥下障害がある円背患者の頸部姿勢保持等に適用し、嚥下造影専用椅子や汎用車椅子、ベッドにも簡便に装着できる。約5年、試作改良・製品改善にかかわった。業者はものづくり職人の立場で試作提案し、摂食嚥下チームは現場の視点で使用状況と改善策を製作者へ伝えてものづくりにかかわった。

3) 転倒転落防止チーム活動から生まれた点滴スタンド安全装置(モノづくり:その2)

転倒転落防止チームでは、インシデントレポートを検討し院内部署ごとの転倒事故の特性を把握・分析し安全な療養環境の調整を行っている。事例検討では、化学療法で持続点滴中の患者さんはふらつきやすく、軽微な転倒でも血球減少等のため重篤な事故になっていた。点滴スタンドを杖代わりに歩行する患者さんのベッド周辺安全環境の整備が課題であった。院内の点滴スタンドの特性と配置状況を調査し、既存の点滴スタンドの安全性を高める簡易装置の設計開発と生産にかかわった。アイデアが商品に生まれかわるまでに、(1)試作設計、(2)試作、(3)量産設計、(4)量産の過程を経験した。

コーディネーター・座長／国立国際医療研究センター病院

リハビリテーション科 藤谷 順子

座長／大阪大学運動器バイオマテリアル学講座 菅本 一臣

リハ医のものづくり

3. 理工系から見た臨床医とのコミュニケーション

早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科 村岡 慶裕

筆者は1995年に慶應義塾大学理工学部を卒業し、同大学院理工学研究科に進学した。その頃より、東京都リハビリテーション病院リハビリテーション工学室、慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター臨床工学室、藤田保健衛生大学リハビリテーション学科、永生病院リハビリテーション研究開発センター、国立病院機構村山医療センター臨床研究センター生体機能制御解析室にて、約20年間にわたり病院職員やリハビリテーション(以下、リハビリ)教員等として身を置き、随意運動介助型電気刺激装置(Integrated Volitional control Electrical Stimulator: IVES)をはじめとした様々なリハビリ機器の開発に取り組んできた。その間、多くのリハビリ臨床医とコミュニケーションを図ってきた

理工系研究者にとって、臨床現場とは、言語も文化も異なる異国の地であり、臨床医は異国人である。互いに日本語を話すので、双方とも普通の仲間(理工系研究者は理工系研究者、臨床医は臨床医)と話しているのと同じ感覚に捉われる。しかし、それが落とし穴で、実際にはうまくコミュニケーションを図れていないことが多い。外国を訪れた時のように、コミュニケーションを図れていないことを自覚できれば良いが、自覚できない場合、修正の必要性さえ感じないため、数々の不十分なコミュニケーションを無自覚に繰り返し、多くの齟齬が生じることになる。やがて、無意識のすれ違いが多くなり、問題が多発し、理工系研究者が置かれている状況を認識できないままに居心地が悪くなり臨床現場を去っていくという展開になりうる。このようなパターンは意外に多いのではないかと考えている。医療機器の開発には、長い年月を要することも多い。したがって、臨床で使えるリハビリ機器が生まれるためには、葛藤を繰り返しながらも、粘り強く長い理工系研究者と臨床医のつきあいが必要である。上述した展開を回避し、臨床現場に理工系研究者が居つめるようになるように、理工系研究者の特徴を理解していただくことは必須であると考えている。つまり、理工系から見た臨床医とのコミュニケーションは、臨床医の理工系研究者の理解度に依存していると言っても過言では無い。

本口述発表においては、双方が、より良いコミュニケーションを図り、未永く臨床で使えるリハビリ機器の開発を楽しんでいくために、理工系研究者が、どのような環境で育成され、どのような価値観や思考パターンを有しているかを、特に臨床医とその置かれている環境の差異に焦点を当てながら、演者の経験談を交えながら述べたいと思う。

コーディネーター・座長／国立国際医療研究センター病院

リハビリテーション科 藤谷 順子

座長／大阪大学運動器バイオマテリアル学講座 菅本 一臣

リハ医のものづくり

4. ものづくりのカギとなるマッチング

日本医工ものづくりコモンズ 柏野 聡彦

1. 自治体や産業支援機関によるマッチング

リハ医は自らの臨床ニーズに基づく医療機器等を開発するために、自治体や産業支援機関(地域で産業振興を担う機関)によるマッチングのしくみを活用できる。最近のマッチングにおいては、医療機器等の事業化の成功率を高めるために、臨床ニーズをもつ「医療従事者」とものづくり技術をもつ「ものづくり企業」に、事業化ノウハウをもつ「製販企業(いわゆる医療機器メーカー)」を加えた三位一体の開発体制をめざす取り組みが増えている。

マッチングは自治体や産業支援機関に所属する「コーディネーター」により推進される。コーディネーターは地元ものづくり企業と公的支援策を熟知した人材であり、リハ医の臨床ニーズに対し、ものづくり企業をマッチングさせ、公的資金の獲得を含め医療機器開発をサポートすることができる。

製販企業とのマッチングは各地域のコーディネーターだけでおこなうことは難しい。製販企業は東京都を中心に局所集積しているからである。これを補完するために関東経済産業局や日本医工ものづくりコモンズが参画し、広域連携の観点から製販企業をマッチングするしくみが実装されている。

公的資金のうち、とくに強く事業化を指向するものは経済産業省により整備されている。多くは中小企業との連携が必要である。たとえば「ものづくり補助金」は平成26年度補正の実績で、総額1,020億円、1件あたり上限1,000万円、採択件数は13,134件、採択率は約43%であった。

2. リハ医の臨床ニーズに基づくマッチング

リハ医からの臨床ニーズの提示にあたっては、その「知的財産的価値」が保護される必要がある。したがって、秘密保持義務の課されない場においては、リハ医からの発表は、日常の診療行為や使用される医療機器の現状や問題点など公知の情報に留め、「問題点の解決方法」や“開発するデバイスの機能・構造”といった知的財産的価値が期待される情報(開発アイデアそのもの)については控えられるべきである。後者の情報は、個別面談など秘密保持義務の課された場において慎重に扱われるべきである。

リハ医の臨床ニーズを活発にマッチングさせるためには、開発アイデアそのものは伏せつつも、臨床ニーズの重要性や期待感を連想させる情報はむしろ積極的に提供されるべきである。こうしたコンセプトに基づき「臨床ニーズ公開フォーマット」が提案されている。

フォーマットは、提案者の所属機関名、診療科名、職種、医療機器の種類、診療行為および医療機器の現状・問題点、適用疾患と年間患者数、適用対象となる診療行為と年間実施件数などで構成される。フォーマットの記載情報は、おもに製販企業による活用が想定される。製販企業は自社があらかじめ保有する情報とフォーマットの情報とを組み合わせることで、臨床ニーズの重要性や期待感を連想することができる。

コーディネーター・座長／国立国際医療研究センター病院

リハビリテーション科 藤谷 順子

座長／大阪大学運動器バイオマテリアル学講座 菅本 一臣

リハ医のものづくり

5. 経済産業省 関東経済産業局における医工連携推進化事業について

経済産業省関東経済産業局次世代産業課 門田 靖

1. 医療機器市場の動向

- (1) 我が国の医療機器市場規模は、平成25年に約2.7兆円となり、過去最大の市場規模。一方で貿易収支は輸入超過で推移し、約7000億円の貿易赤字。我が国が誇る高度なものづくり技術が活かされていない。
- (2) 医療機器市場のうち、診断系医療機器分野は日本企業が得意とする分野。治療系医療機器分野は市場が大きく成長率も高いが、輸入品の割合が高い。診断系機器は大手企業が中心に手がけているが、治療系機器は診断系機器よりも細分化された市場となっており、専門医療機器メーカーが多くを担っている。
- (3) 世界的にも高齢化の進展と新興国における医療需要拡大を受け、世界市場は約8%の成長率を維持。特にアジアの成長率が高い。しかしながら、世界の主要メーカーは欧米企業で占められており、日本企業は国内・世界の市場を十分に獲得できていない。

2. 関東経済産業局の取組

- (1) このような状況下、当局では、輸入品が多くシェアを占める治療系分野においてシェア拡大のため、医療機器開発・改良案件の創出や海外展開といった新たな市場の拡大が重要と認識。
- (2) 地域医工連携活動と協力しながら、本郷に集積する専門医療機器メーカーに着目し、ものづくり企業を繋げることで新たな医療機器を創出し、医療機器産業の競争力強化と新規参入を促進。
- (3) 具体的には「医療機器・ものづくり商談会」と題して、当局が自ら、医療機器メーカーからニーズを収集し、その後、全国の自治体・産業支援機関の目利き能力により選定した技術力を有する地域ものづくり企業とのマッチングを行うもの。
- (4) また、医療現場において、医療機器開発・改良に係る潜在ニーズはあるが顕在化できていないため、医療現場と医療機器メーカー、ものづくり企業とのマッチングを促進する事業を実施。本年7月には千葉県と連携し、国立がん研究センター東病院等の医師と医療機器メーカー、ものづくり企業との交流を実施。今後も栃木県、神奈川県等と連携し、同様な事業を実施。さらに、医学系学会(内視鏡外科学会等)と連携し、「医工連携出合いの広場」を開催してきたところ。今回、本集会での講演についても同取組の一環として紹介。
- (5) ものづくり企業は優れた技術をもっているが、法規制対応や独特の商習慣から医療機器産業への参入がうまく進んでいないケースが多い。そのため、医工連携コーディネーターや薬機法の専門家などによる新規参入セミナーを実施。
- (6) 海外展開では、現地規制対応やニーズ把握等が大きな壁となっている。複数の医療機器メーカーの連携による海外展開を支援。
- (7) このような活動に加え、経済産業省の様々な補助金施策等を活用して事業化のバックアップを今後も継続的に行っていくこととしている。

座長／鹿児島大学病院リハビリテーション部 吉田 輝
コーディネーター／和歌山県立医科大学リハビリテーション科 中村 健

International researcherとしてのリハ科専門医

1. 私の英語、留学、研究、臨床

高松赤十字病院 高橋 光彦

私は元野球選手の野茂英雄氏と誕生日が2日しか違わない。野茂選手は、日本からメジャーリーグへの道筋を開けた存在で、その後野球以外にも多くの日本人選手が海外で活躍するようになった。一方で海外に留学する人が減ったという話を耳にすることが多い。留学というと、一般的に海外の大学などで学ぶことを意味するが、我々が意味するのは研究留学であり、この研究留学をする人も減少しているとのことである。卒後臨床研修制度も広まり、留学を経験するよりも専門医などで箔をつけ、国内で業績を上げていくことが有用と考えるようになってきていることが理由かもしれない。

医学など科学の発展が、世界中でなされている現状にあって、国際言語である英語に目を背けることはできない。日本語は、西洋で使われるアルファベット言語とは最も遠くに位置する言語であり、我々日本人が英語をマスターするには大きな不利があると言われている。しかしながら、研究留学では流暢な英語を喋らなければならない訳ではない。アメリカでは世界各国から研究者がやってきて、それぞれ自国言語に由来する強烈な訛り英語で喋っていた。日本人には英語の上達には不利があるが、英語を上達させる機会は数多く用意されている。英語を実際に使うかどうかは度胸だけだと思う。私自身、留学したことで英語が上達したとは思えないが、現地で揉まれることで、外国人を前に英語を喋る度胸はついたと思っている。

私の留学は、大学内で何かと行き詰まっていた時に、研究業績もこれといってないままアメリカに行く機会を得た。留学先はアメリカ西海岸・カリフォルニア州サンディエゴで、気候の良さなどで留学希望先の1位に出てくる場所であった。それまで臨床で骨延長術をしており、四肢を伸ばしていた時に骨格筋がどのように適応するかについて興味があり、唯一それだけを頼りに飛び出していった。私の留学先は日本人の留学を始めて受け入れる状況であったが、とても暖かく迎え入れてくれた。実際の研究では何をどうするとも解らなかつた状況で、全く初歩からその研究方法を勉強することができ、論文も出すことができた。

普通の医学臨床には、まだまだ解明されていないことや、もっと改善できることが多くあるに違はなく、それを明らかにするためには、やはり研究という手段が必要である。その研究を行うに当たって、また普通の臨床を向上させて行くには、当たり前と思っていることを当たり前と思わない視点で物事を見る力が必要である。留学では日本だと当たり前以外のいろいろな体験をすることで、多角的な物の見方ができるようになると思う。私自身日本では決して得られなかつた貴重な経験をして、そしてそれが今もずっと自分をポジティブさせてくれていると思う。若い人には、是非海外留学して同じ経験をして欲しいと思います。

座長／鹿児島大学病院リハビリテーション部 吉田 輝
 コーディネーター／和歌山県立医科大学リハビリテーション科 中村 健

International researcherとしてのリハ科専門医

2. リハビリテーション科医2年2カ国留学体験報告

北海道大学病院リハビリテーション科 飯田 有紀

Western-Ontario 大学 (Canada)、Johns Hopkins 大学 (USA) で、研究・生活の中で実際に起こった様々な出来事や費用についてのご報告

若手のたくさんの専門医の先生が留学したくなることを願い、卒後8年目での2年2カ国の留学について報告する。2012年からの2年間、北海道大学の大学院生として留学の機会を頂いた。第1の留学先は Western-Ontario 大学 (Canada)。2010年第16回嚙下学会で講演された Ruth E. Martin 教授のもとで臨床研究を勉強させて頂いた。嚙下障害に対するエアパルス咽頭刺激の治療可能性についての臨床試験で、翌年の DRS で発表された。半年という短期間ながら大学の倫理委員会の承認、グラント探し、各病院への協力依頼・説明会、患者・ご家族への説明、実際の臨床試験開始とデータの処理まで一連の臨床試験の流れを学ばせて頂いた。また研究のみでなく、Ruth 教授のご協力で医療現場を見学させて頂く機会を頂いた。医師は診療を重点的に行い、記録は秘書部門が中心に行う完全分業システムや、徹底された予約診療に驚かされた。臨床では、画像検査の予約待ちの多さ、各検査、各治療に対する患者本人、またご家族の自己決定の強い姿勢にも日本との大きな違いを感じた。

北米の夏休みが明け、同じ年の9月からは第2の留学先の Johns Hopkins 大学 (USA) で学ぶ機会を得た。アメリカで最も古い都市の一つであるボルティモアにあるこの大学は、研究・臨床ともに盛んであり、日本からも多数の医師が留学していた。ボルティモアはレジデント制度の発足、世界初の歯科大学開設等、医療分野において大きな役割を果たしてきた都市でもある。これまで何人もの日本人留学生を受け入れ、幾度となく日本に講演に来て下さっている Jeffrey B. Palmer 教授のもと、嚙下の基礎研究について勉強をさせて頂いた。アメリカでの留学期間は1年半で、研究は咀嚼嚙下時筋電図の解析のテーマを頂き、翌年の DRS で発表した。また、Palmer 先生のご好意で研究以外にも急性期・慢性期リハビリテーション病院の見学、他国からの留学生との交流、医局勉強会・各学会へ参加等、多くの貴重な経験を得ることが出来た。医療を提供する側と患者側の根本的な意識の違い、実際の治療選択から実施、医療分業のシステム、学会の構成・学会費等、様々な日本との相違に驚かされた。

カナダでも、アメリカでも、大学には各国からの留学生が多数在籍しており、留學生活のバックアップシステムが整っていた。政府・大学からの補助により費用なしで受けられる英会話クラスはもちろん、留學生活での情報交換・交流を行う場があり、各国から集まった留学生との交流は貴重な体験となった。カナダではホームステイ、アメリカでは一人暮らしとルームシェアの組み合わせで生活し、多くの友人を得ることが出来た。

今回、講演の機会を与えて頂いたので、2国間の留學生活の違い、そのスケジュール、大学での研究や病院の様子、また、留學中に起こったアクシデント等を日常生活も含めてそのままお伝えし、留學に興味を持ってもらう事が出来たらと考えている。

座長／鹿児島大学病院リハビリテーション部 吉田 輝
 コーディネーター／和歌山県立医科大学リハビリテーション科 中村 健

International researcherとしてのリハ科専門医

3. Early exposure to global stage のすすめ
 —若手リハ科専門医の経験から—

東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 山田 尚基

若いうちに世界に触れることは、リハビリテーション(以下、リハ)医学といった学問的な経験が積めるだけではありません。日本とは異なる文化・習慣の中で、外から客観的に日本を眺めることが少しでもできたならば、研究者としてだけでなく、根幹である人間としての視野も広げることができると思います。世界はこういう状況で日本の医療はどうだろうか、そして自分はどのレベルなのかと気づかされることが多々あります。

私は医師になって4年目でオーストラリアのメルボルンで開催されました世界ニューロリハ学会で初の英語での口頭発表をさせて頂き、6年目でサンフランシスコで開催された頭部外傷学会で2度目の発表を致しました。各国からの研究者の英語レベルは様々ですが、英会話ができれば何も世界に発信できないことが実感できた貴重な体験でした。そして、世界は思ったよりも小さいようで広く、たとえば貧困によるスラムの存在といった多くの問題が転がっている現実にも直面し、帰国する頃には国際問題が頭を駆け巡っていたのを覚えています。どうやったらこのスラムの無い世界が実現できるのか、自分一人の無力さをも痛感した体験でした。

3度目の国際学会発表は今年、2015年9月の第1回アジアオセアニア・ニューロリハ国際学会でした。韓国のソウルで開催され、若手研究者のプレゼンテーションコンテストにノミネートされるも賞を獲得には及びませんでした。また、TMSのワークショップを外国研究者向けに行えたことも光栄で貴重な体験でした。残念でもあり嬉しくもあったこのソウルでの経験で、日ごろの英語不足をあらためて痛烈に後悔した次第です。英会話力は自分も含めて、日本人の大きな克服すべき課題の一つではありますが、国際学会発表を利用して英会話学習のモチベーションにすることも良いことだと思います。アジア圏でも多くの国際学会が開催されておりますので、果敢に参加・発表されてリハ医療の高さを世界に知らしめて頂きたいと思います。

さらなる貴重な経験としまして、世界ニューロリハのセミナー(WFNR-CCNR)にも参加しました。これもまた韓国ですが、韓国国内で5番目の規模(約1,200床)のソウル大学付属のブントアン(盆唐)病院で行われました。韓国の医療をリードする病院となることを目標に、「最高のIT医療施設」を自負していました。外来玄関等は広大で、フードコートや、売店等も日本とは比べものにならない規模であり、その業態や種類等も充実していました。主にロボットを利用したリハや脳卒中リハ、心臓リハなども行われており、最新のリハ内容という印象でした。多くの先生方とも親しくして頂き、勉強になりました。本発表では、これら今までの私の経験を紹介させて頂きませんが、このささやかな経験に触発されることで、世界に挑戦しようという若手リハ科医師が一人でも増えることとなれば幸甚です。「叩けよ、さらば開かれん」との思いで、多くの先生方とともに、さらなる世界への挑戦を続けたく、私は夢見ております。

座長／鹿児島大学病院リハビリテーション部 吉田 輝
 コーディネーター／和歌山県立医科大学リハビリテーション科 中村 健

International researcherとしてのリハ科専門医

4. 英語論文を書こう！

西宮協立脳神経外科病院リハビリテーション科
 兵庫医科大学リハビリテーション医学 小山 哲男

医学を含む理系の学術領域では、主に英語論文で成果の公表がなされます。しかし現状では、日本のリハビリ科専門医による英語論文の発信は多くはありません。もっと多くの英語論文が必要… そうは言っても、英語論文執筆について伝承の機会は殆どありません。そこで以下に、英語論文を書く「心構え」について、演者の思うところを記しておきます。

英語論文はハイレベル？

演者の場合、答えはNo… 深淵な問題、例えば倫理観や人生観について、英語で表現する能力は持ち合わせていません。英語論文では、誰の目にも明らかな症例報告、数十例の単純な相関等、世界中のリハビリ関係者に判ってもらえるシンプルな事象を扱います。

英語の会話は苦手です…

日常の会話英語と論文英語では、語彙はかなり異なります。例えば、論文でよく使われる副詞(句)、Thus, Accordingly, Consequentlyなどは、日常会話ではあまり使われません。英語論文でよく使う動詞や形容詞(句)、副詞(句)は高々数百語です。論文の英語論述は、日常会話よりむしろ、論理記号の操作(=, <, >, AND, OR等)に近い印象があります。

英語という「フィルター」

英語論文は、母国語で扱いやすい日本語より、シンプルな構成にせざるを得ません。これはむしろ好都合… 明確なりサーチ・クエスチョンを、シンプルな論理で論証、展開していく他ありません。このとき前述の論理記号の操作で考えます。基本戦略は並立と対比、そして包含関係です。英語で書くことがフィルターとなって、論理の明確化が図られます。

方法と図表から始める

書きやすいところから手をつけます。先ずリサーチ・クエスチョンを明確に定め、それが論証の中心となるよう方法を記述します。次にそれに対応した結果、とりわけ図表の作成に進みます。論理展開がシンプルなら、図表も当然シンプルになります。こうすれば、過去の論文等から結果を位置づける考察も明解になります。

このような「心構え」で、意外と簡単に英語論文が書けてしまいます。以下に数冊の推薦書を挙げておきます。

- 理科系のための英文作法 文章をなめらかにつなぐ四つの法則 杉原厚吉著 中公新書 1994年
 - 副詞(句)で「道標」を示しながら論理展開する手法を解説する好著。
- 一流の科学者が書く英語論文 アン・M・コーナー著 瀬野悍二訳 東京電機大学出版局 2010年
 - Cover Letterの正式な書き方等、折目正しい論文に仕上げることに役立つ1冊。
- 国際論文English査読・執筆ハンドブック C.S. Langham 著 医歯薬出版 2011年
 - 査読者の視点が簡潔にまとまっています。執筆と査読では語彙が異なります。その用例集が便利。
- 芸術起業論 村上隆著 幻冬社 2006年
 - 著者は有名な現代アートの騎手によるビジネス書。これまでの作品の文脈を分析し、自らの作品を位置づける視点は科学と同じ。

超高齢社会における医療倫理の諸課題

宮城厚生協会長町病院 水尻 強志

【はじめに】

超高齢化が進むなか、高齢者に特有の医療倫理の諸課題に診療現場は直面している。特に、終末期医療と診療差し控え、自律尊重原則と行動制限の相克という2つは、日常的な倫理課題となっている。

【終末期医療と診療差し控え】

日本学術会議は、終末期医療を急性型、亜急性型、慢性型に分けている。高齢者の死因としては、亜急性期型である悪性腫瘍が最も多いが、次第に衰弱して死に至る慢性期型の比重も高い。なかでも、摂食・嚥下機能が低下した場合、人工栄養を導入するか否かが倫理的判断として問われる。

2014年度診療報酬改定においては、胃瘻造設術の診療報酬が大幅に引き下げられ、造設前の嚥下機能評価が半ば義務づけられた。医療・介護資源の効率的配分が問われるなか、胃瘻忌避の傾向が強まっており、2014年6月の胃瘻造設件数は2008年6月比で60.7%と大幅に低下している。

経口摂取による栄養確保の可能性と人工栄養の可否の判断をすることが、高齢者リハ医療の必須課題となっている。一方、経口摂取困難かつ人工栄養導入適応なしと判断した場合、慢性期終末期に向けた対応を迫られることになる。本人のQOL尊重とともに、家族の心理的負担を軽減するアプローチが求められる。

【自律尊重原則と行動制限の相克】

医療倫理においては、自律尊重原則が重視される。ただし、認知症や脳血管障害後遺症のある高齢要介護者の場合、安全性確保(転倒・骨折予防、各種チューブ抜去防止、医療上必要な安静の保持、他者への危害回避など)を優先し、本人の自己決定権を制限しなければならない場面が生じる。しかし、その場合でも、切迫性、非代償性、一時性の3つの要件を全て満たす必要があり、定期的に状態を判断し、身体拘束解除を目指すことが義務づけられている。老健や特養では、原則的に身体拘束が禁止されている。

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は計11項目あるが、原型は1986年の旧厚生省通達に基づいている。したがって、その後に導入された様々な福祉機器による行動制限などは規制対象外となっている。身体拘束には、物理的拘束の他に、薬理的拘束、そして、心理的拘束がある。離床センサー、監視カメラ、離院ベル、各種離院予防装置などを用いて監視をはずさないことも心理的侵襲となりうる。

リハビリテーション医療は、要介護者の自立度をあげることと、自己の意志を持って行動できるように自律性をあげることの両者を目指している。自律性尊重と各種行動制限、両者のバランスを考え、本人の心理的負担を最小化するように努めなければならない。

【おわりに】

忙しい診療現場においては、倫理的課題という認識に乏しく、同意書さえもらえれば良いと考え、深く考えずに作業が自動化してしまう危険性がある。チーム構成者全体で日常診療のなかにある倫理的課題に注意を向け続けることが求められる。

**急性期医療が主体である大学附属病院における医療安全管理
—転倒・転落予防を中心に—**

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 菊地 尚久

当院は高度救命救急センターを持つ急性期医療が主体の大学附属病院である。当院は他の病院同様に統括安全管理者・安全管理指導者の指導の下で各部署にリスクマネージャーがおかれ、医療安全管理を行っている。リスクマネージャー会議の中ではインシデントの報告や全国の医療安全に関わるニュースの報告、講演会の開催などに加えて、主体的な活動として年単位でリスクマネージャーをグループに分け、医療安全に関するグループワークを行っている。今年度のテーマは「チーム医療に向けた電子カルテの活用」、「手術説明書の現状把握と見直し」、「コンフリクト・マネジメント」、「より良いインフォームド・コンセント」などの8項目である。この活動はこれらのテーマに合わせて、検討すべき項目を設定し、病院全体の調査を行った上で、結果を報告し、よりよい安全管理を図ることを目的としている。

この中で転倒・転落予防は毎年重要なテーマの一つとして挙げられてきた。転倒・転落に関して当院では月に平均40-50件のインシデント報告、1-2件のアクシデント報告がある。2004年からこの対応を始めてきたが、まず転倒・転落に対する原因を調査することから開始した。その結果、年齢、転倒既往、視覚障害、運動麻痺、筋力低下、車椅子や杖の使用、移動時の介助、バランス障害、意識障害、判断力や記憶力の低下、向精神薬・睡眠導入剤の使用、排泄介助、夜間トイレの頻度、緊急入院などがリスクとしてあげられ、入院時に全患者に対してこれらのリスクを評価し、点数化して、転倒・転落の要注意患者を明確化するとともに、入院時に転倒・転落に対する注意を書面で説明するアプローチを行った。次に各病棟を訪問し、転倒・転落予防に対する病室や生活動線での環境整備を行い、転倒・転落予防用品の充足を行った。さらに病棟で転倒・転落事象が発生した際の初期対応として、病棟看護師から担当医への連絡、担当医と整形外科や脳外科専門医との連携について時系列に対応できるフローチャートを作成した。昨年度は転倒・転落事例が生じた場所と性別・年齢・曜日による事例件数と場所に関する調査を行った。その結果、転倒が起きやすい場所はベッド周辺が最多で、以下廊下、トイレ、浴室内となり、転倒が多い時間帯は特に夜間が多いデータではなかった。性別・年齢・曜日に関しては、男性が多く、より高齢者が多く、曜日では水・木・金が比較的多かった。現状の課題としては、部署における転倒・転落監視体制として患者一人当たり何人の職員が対応可能であるかを検討すると、特に準夜帯、深夜帯、休日ではかなり厳しい状況であること、緊急入院や救命救急センターの患者ではリスクを事前に把握しきれないこと、転倒・転落予防に対して予算との兼ね合いで施設整備の順序をどうするかなどが挙げられた。

これら現在までの我々の経験を通じて、転倒・転落予防を中心に急性期病院における医療安全管理の現状と課題について概説する。

リハビリテーションにおける感染管理と標準化

亀田総合病院リハビリテーション科 宮越 浩一

リハビリテーション(以下リハ)は虚弱な患者が対象となることも多い。さらに今後の高齢化の進行とともに虚弱症例が増加することが予想される。リハによって最良の帰結を得るためには、十分な安全管理を実施する必要がある。リハにおける安全管理としては、合併症対策、転倒対策が代表的であるが、感染管理も重要な課題である。リハの場面では、療法士と患者は長時間にわたり非常に接近した状態にある。医療機関内の他職種と比較しても非常に濃厚な接触にさらされることとなる。このため接触感染や飛沫感染のリスクは大きい。さらに療法士は複数病棟の患者をかけ持っていることが多いことから、院内の広範囲に感染を拡大するリスクを持っている。

感染拡大を予防するためには、適切な感染予防策が必要となる。感染予防策は全ての職員が全ての患者に対して実施している必要があるものであり、一部の職員の予防策が不十分であれば感染拡大を生じる危険性がある。感染管理に対する知識と技術を全ての職員が習得し、現場で間違いなく実践していることが求められる。

しかし近年のリハ需要の増大に伴うリハスタッフの増員、養成校の増加により、リハの現場は若年化が進んでいるものと予想される。感染管理に関する医療レベルを高い状態で維持することは必ずしも容易ではない。

当院では職種や経験年数による診療の質のムラを少なくする目的で、様々なマニュアルを作成している。感染管理についてもマニュアルが作成されており、必要に応じてアップデートを繰り返している。これは院内WEBに掲載され、全ての職員がいつでも最新版を参照できるようになっている。

マニュアルは作成するのみでなく、実践されていなければ効果は得られない。当院では外部審査を活用して第三者による客観的な評価を実施している。病院評価機構による審査のみでなく、International Organization for Standardization (ISO) 9001 や Joint Commission International (JCI) など複数の外部審査を受けている。病院機能評価やISO9001、JCIといった外部審査はそれぞれに特徴があり、複数の外部審査を受審することにより、様々な側面から組織の機能を改善することが可能である。また定期的に外部審査があることにより全ての職員に一定の緊張感が生まれるという効果もあるものと考えられる。

このような標準化や外部審査の導入にあたっては、ある程度の業務負担や経済的負担が発生する。このため実際に取り入れられているのは大規模病院が中心となっている。質の高いリハ医療を全国に展開するためには、リハ関連学協会を中心としたガイドライン整備や卒前・卒後教育プログラムの標準化なども必要であると考えられる。

座長／産業医科大学リハビリテーション医学講座	越智 光宏
藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学Ⅱ講座	岡崎 英人
コーディネーター／初台リハビリテーション病院リハビリテーション科	菅原 英和

リハ医療に必要な電子カルテ機能を検討するWG報告

電子カルテ導入率は年々増加傾向にあり、400床以上の病院では60%を超え、回復期リハビリテーション(以下リハ)病棟でも36%にのぼっています。リハ医療に従事するものは否応なく電子化への対応を余儀なくされていると言えます。

既存の電子カルテはオーダーリングシステムから発展してきた経緯から、職種ごとの縦割り構造であることが多く、多職種間の情報共有を重視するリハ医療にはなじみにくいという指摘が以前からありましたが、実態は明らかではありませんでした。

当ワーキンググループはリハ医療に必要な電子カルテ機能の明文化とリハ医療を取り巻く電子カルテの現状および問題点を調査・報告するための活動を行ってきました。

今回、あらためてワーキンググループの活動報告を行い、リハ医療における電子カルテのあるべき姿について議論していきたいと思えます。

<WG活動報告>

1. 急性期リハに必要な電子カルテ機能(アンケート調査報告も含む):

金沢大学附属病院リハビリテーション科 八幡徹太郎

2. 回復期リハに必要な電子カルテ機能(アンケート調査報告も含む):

初台リハビリテーション病院 菅原 英和

3. フリーディスカッション: 15分

檀上5名:

金沢大学附属病院リハビリテーション科 八幡徹太郎

初台リハビリテーション病院 菅原 英和

藤元上町病院リハビリテーション科 原田 雄大

川崎医科大学リハビリテーション科 嘉村 雄飛

島根大学リハビリテーション科 蓼沼 拓

コーディネーター・座長／北海道大学病院リハビリテーション科

池田 聡

座長／札幌医科大学医学部リハビリテーション医学講座

土岐めぐみ

ポストポリオクリニック —私たちはこうしている—

わが国では1981年以降、野生株による急性麻痺性ポリオウイルス感染症の報告は確認されていない。その影響で昨今のわが国の医学教育カリキュラムからポリオがほぼ姿を消し、ポリオならびにポストポリオ症候群 (Post-polio syndrome, PPS) の診断経験のない医師が増えている。PPSは、ポリオから10年もしくは20年以上経過してから、進行性の筋萎縮と筋力低下、四肢の疼痛、疲労などの症状を生じる症候群である。幼少時にポリオに罹患して中高年になった多くのポリオ経験者に機能低下という問題が生じていることから、医師、特にリハビリテーション科医はPPSの本態とその対応を知る必要がある。

ポリオに感染した脊髄前角細胞は、軸索の側芽により運動単位を拡大し筋力や機能維持を果たしている。しかし、何らかの原因でこの代償機構が破綻すると、新たな脱神経が進行して筋力低下や筋萎縮などPPS症状を引き起こすとされる。誘因として過用や、更に廃用や加齢なども関与している可能性がある。PPSの新たな脱神経や残存した運動単位の評価に、神経伝導検査や針筋電図が有用である。

ポリオ経験者は基本的なADLが保たれていてもIADLの低下や社会参加の制限がQOLの低下に関与しており、PPS発症後急激にIADLの低下や社会参加の制限が進行することがある。PPS患者のリハビリテーションは、多職種かつ多専門的アプローチを必要とする。PPS患者は、罹患筋の不動と過用の両方とも避けるように指導を受けるべきである。また、罹患筋の廃用と過用を避け、状況に応じて装具や補助具を活用することが重要である。

ポリオ経験者が高齢化し、骨折や脳卒中を起こし医療機関を受診する機会が増えている。麻痺の部位や程度は個々で異なるため、PPS患者に対する対応は基本的にテーラーメイドでなければならない。医療関係者は、PPSの実態を知り、PPS症状に悩む患者の診断と治療、ならびに生活指導のノウハウを蓄積し、その正しい知識と技術をポリオ経験者の身体機能維持やQOL向上に役立てることが重要である。

今回のセッションでは、以下のプログラムを予定している。電気生理検査・装具処方からQOLまで、ポストポリオ患者を診察する際に役立つTipsをご紹介・共有し、議論を深めたい。

プログラム

1. ポストポリオ症候群 (PPS) の診断と治療 アップデート
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 青柳陽一郎
2. 神経伝導検査と針筋電図のポイント
産業医科大学医学部リハビリテーション医学講座 蜂須賀明子
3. 装具処方の考え方
京都府立医科大学大学院医学研究科リハビリテーション医学 沢田光思郎
4. ADL、IADL、QOLの評価法のポイント
産業医科大学医学部リハビリテーション医学講座 松嶋 康之
5. PPS患者が骨折など合併症を起こした際の対応
かがわ総合リハビリテーションセンター 木下 篤

指定発言：

1. 医師に望むこと
ポリオの会 小山万里子
2. 患者指導のポイント
東京慈恵会医科大学名誉教授／首都大学東京名誉教授 米本 恭三

コーディネーター／宮城厚生協会長町病院

水尻 強志

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

近藤 和泉

ハンズオン、PEDI (リハビリテーションのための子どもの能力低下評価法) と小児リハデータベース

PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory) は、1992年にボストン大学で考案され、2002年に慶應大学の里宇明元先生を中心としたグループで導入されて日本で使われるようになっていきます。PEDIは、機能的スキルの発達が遅れる可能性を持った全ての子どもで、特に身体障害単独あるいは身体障害に認知障害を合併した児を対象としています。能力低下と機能障害の間に機能的制限をはさんだCohenの概念モデルを元にして、デザインされていますが、Rasch分析による処理を受けた機能的スキルの難易度マップが使用可能であり、小児を対象としたリハ医療を行っていく上で、非常に有用です。本学会の専門医会小児リハSIGでは、PEDIを基幹尺度としたデータベースを形成しており、来年度は公開での使用を検討しています。今回のハンズオンでは、PEDIの概要を紹介するとともに実習を行い、その有用性を実感してもらうことを目的とします。実習に参加するためにはマニュアル(医歯薬出版刊)の購入・持参が必要ですが、マニュアルをお持ちにならない方でも、講義部分の聴講は可能ですので、参加をご検討いただければ幸いです。

第3回リハビリテーション科医に必要な筋電図、臨床神経生理学

1. 対象：医師、定員20名(事前申込制)

実際の筋電図を用いてのハンズオンレクチャーと実習を予定しています。基本的な神経伝導検査手技、臨床の場面での筋電図を想定しての筋電図ケーススタディ、模擬症例を通しての検査の実際をデモしながら実技・解説します。筋電図にさわったことのない先生から実際に筋電図をされているが、手技、知識の再確認をという先生を対象といたします。

2. プログラム

1) 神経伝導検査の実際(上肢)(デモ含む)(30分)

東海大学医学部専門診療学系リハビリテーション科学 児玉 三彦

2) 神経伝導検査の実際(下肢・後期応答)・針筋電図(デモ含む)(30分)

東海大学医学部専門診療学系リハビリテーション科学 藤原 俊之

3) 模擬症例によるCase study(60分) 模擬症例を通して神経伝導検査を実習

関西医科大学リハビリテーション科 長谷 公隆

実習(長谷、児玉、藤原)

3. 申込方法(要事前申込、先着順)

事前申込が必要ですので下記URLをご参照下さい。

第10回日本リハ医学会専門医会学術集会URL: <https://www.congre.co.jp/rihasen10/>

断端マネージメントと下腿義足のチェックポイント

切断・義肢のリハビリテーションSIG世話人

兵庫県立リハビリテーション中央病院 陳 隆明(代表世話人)
宮城県リハ支援センター 榎本 修、かがわ総合リハビリテーションセンター 木下 篤
横浜市立大学 菊地 尚久、九州労災病院 河津 隆三、東北大学病院 古澤 義人
昭和大学江東豊洲病院 笠井 史人(事務局担当)

切断・義肢のリハビリテーション(以下リハ) Special Interest Groupは、日本リハ医学会専門医メンバーを中心に2011年に発足いたしました。現在は非専門医師も含め、日本リハ医学会員ならだれでも加入できる、切断・義肢領域の発展のために活動するグループです。

急性期病院の在院日数の短縮化と回復期病棟の浸透などは、リハ診療に大きな変革をもたらしました。切断・義肢のリハのうち、急性期病院では断端成熟が十分に果たせないまま転院を迫られることや、地域によってはリハ専門医のいない回復期リハ病院を選択せざるを得ないケースも珍しくないでしょう。そのため切断・義肢のリハを必要とする患者は、リハセンターなど専門施設に集中し、一般の病院のリハ科で経験する機会が減少しています。このため、リハ科医師にとっては、本領域の十分な経験なく専門医試験を受験したり、専門医になってから知識や技術の維持に支障をきたすことも懸念されています。

そこで切断・義肢リハSIGでは、リハ科専門医に必須な技術やトピックスの紹介などをハンズオン形式で行います。今回は急性期病院での断端マネージメントの知識整理とトピックスの紹介、回復期病院で役立つ下腿義足のチェックポイントを実際の下腿義足ユーザーの協力のもと体験いただきます。

I. 下肢切断者における断端マネージメントの現在、過去、未来

兵庫県立リハビリテーション中央病院リハビリテーション科部長

ロボットリハビリテーションセンター長 陳 隆明

術後の断端マネージメントは、義足訓練の前半部の主要な部分であり、その後の機能予後を左右するものである。これまで、断端のマネージメントはギプスによるrigid dressing法が最良であると考えられているが、必ずしもそうとは言い切れない。また、現実的には弾力包帯を用いたsoft dressing法が現在では主流となっている。さらに、近年では下腿切断においては断端のマネージメントにシリコンライナーが提唱され、その有効性を示す報告が散見されるが、一定のコンセンサスは得られていない。さらにはremovable rigid dressingも提唱され、まさに断端マネージメントは混沌とした状況である。そこで、断端マネージメントについての変遷とともに、将来の展望を述べたい。

II. 下腿義足のチェックポイント

宮城県リハビリテーション支援センター所長 榎本 修

下腿義足は義肢の中で最も処方数が多く、リハ科医の皆様も下腿切断者の診療にあたる機会があると思います。回復期の下腿切断者のリハビリテーションはチームアプローチが重要ですが、医師はチームの要として義足の基本的な知識を身につけておくことが必要です。断端の評価、義足のアライメント、ソケットの適合、歩行状態を確認する際にリハ科医でも知っておいた方が良いと思われるチェックポイントを実際の下腿切断者の方のご協力を得ながら解説いたします。

脊髄障害体験と診療ハンズオン

脊髄障害のリハビリテーションSIG 世話人

中部労災病院 田中宏太佳(代表世話人)、神奈川リハビリテーション病院 横山 修
産業医科大学病院 和田 太、吉備高原医療リハセンター病院 古澤 一成
大阪府立急性期・総合医療センター 土岐 明子、横須賀共済病院 野々垣 学
那智勝浦町立温泉病院 幸田 剣、昭和大学江東豊洲病院 笠井 史人(事務局担当)

脊髄障害のリハビリテーション(以下リハ)SIG(Special Interest Group)は、脊髄障害に対するリハ医療の研究、評価法・治療法の開発、普及、振興を目的に、日本リハ医学会専門医会メンバーを中心に2011年に発足いたしました。会員には非専門医師も含め、日本リハ医学会会員ならだれでも加入でき、リハ医学会のHP掲示板を利用して、脊髄障害リハに関する医学・医療情報の交換、問題事例検討、会員相互の交流等を行っています。その他、教育・研修、リハ学会脊損データベースの支援、リハ学会員への脊髄障害医療の啓蒙・広報などの活動をしています。

本学術集会においては下記のような盛りだくさんの脊髄障害体験と脊髄障害診療ハンズオンを準備しています。

I. 脊髄障害者体験(協力：神奈川リハビリテーション病院)

体験型企画として風船バルーンにのって食事動作してみたり、自助具、装具の体験をしていただきます。身動きしやすいよう、スカートなどはなるべくお控えください。

II. 高位頸髄損傷による呼吸マネージメント(協力：フィリップスレスピロニクス)

高位頸髄損傷者の気道クリアランスに使用する「気道粘液除去装置 カフアシスト E70」を使った、機械による咳介助：Mechanical Insufflation-Exsufflation；MI-Eのハンズオンを行います。その他NPPVの体験をしていただきます。

III. 褥瘡超音波診断(協力：GEヘルスケア・ジャパン株式会社)

実際にポータブル型エコーを用意し、健常者の協力のもと超音波診断体験を行います。患者の褥瘡組織画像との比較により褥瘡の超音波診断を学習していただきます。

IV. スポーツ・競技用車いす体験(協力：OXエンジニアリング)

2020年には東京でパラリンピックが開催されます。我々リハ科専門医としておおいに協力し盛り上げたいものです。今回は競技用車いすをお借りし、試乗体験していただきます。

V. その他、脊髄障害医療で使用されるロボットの展示も計画しています。その仕組みや装着・操作の学習をしていただきたいと思います。

(以上、抄録作成時での準備状況に基づいています。準備状況により予告なく一部内容変更があり得ることをご了承ください。)

ボツリヌス治療およびITB治療を中心とした初心者向け痙縮治療講座

ボツリヌス治療とITB治療を始めてみたい先生方、あるいは始めてみたばかりの先生方、疑問点や質問したいことがあっても、経験豊富な先生に気軽に尋ねられる機会はなかなかないのではないのでしょうか。

痙縮治療SIGが企画するこのハンズオンセミナーは、ボツリヌス治療とITB治療の初心者、あるいはこれから始めようと考えている先生方をサポートするためのface to faceの企画です。以下のような講義・実技内容および質問コーナーを設け、そして、ボツリヌス治療・ITB治療の臨床経験豊富な痙縮治療SIGのコアメンバーが当日の講師を務めます。また、最後の質問コーナーでは、ボツリヌス治療およびITB治療以外の痙縮治療に関する質問も受け付けたいと思います。

face to faceで気軽に私どもとご歓談いただけるようなセミナーを目指しております。これを機会に基礎知識を整理したい方、疑問点などを解決したい方、ぜひ、当ハンズオンセミナーにご参加ください。

コンテンツ(予定):

○スライド講義

- ・ボツリヌス治療の基礎知識
- ・ITB治療の基礎知識

○ハンズオン

- ・ボツリヌス治療の実技(筋の同定)に関する内容
- ・ITB治療の機材操作等の内容

○質問コーナー

- ・ボツリヌス治療、ITB治療、ほか痙縮治療全般

参加募集人数: 30名(要事前予約)

※予定講師メンバー(痙縮治療SIGコアメンバー、あいうえお順)

青柳陽一郎 安里 隆 池田 巧 大田 哲生 川手 信行 菊地 尚久
竹川 徹 中馬 孝容 根本 明宜 藤本 幹雄 藤原 俊之 八幡徹太郎

リハビリテーション科診療における超音波診断装置入門

(協力：GEヘルスケア・ジャパン株式会社)

高性能なポータブルタイプが登場してきたこと、ボツリヌス毒素による痙縮治療の普及等から、超音波診断装置は私たちの診療に馴染み深いものになりつつあります。非侵襲的な運動器の評価としても有用であり、導入をお考えの先生がたも多いのではないのでしょうか。

今回は超音波診断の初学者向けに最新のポータブルタイプの超音波診断装置を使ったハンズオンセミナーを企画しました。リハビリテーション科専門医の診療に幅が広がることを期待しています。

内容：Ⅰ.全体講習

1. 超音波診断の基礎と関節の診かた。
2. 超音波ガイドによるボツリヌス毒素筋痙縮治療
3. ポータブル機 (Venue 50) の説明

Ⅱ. テーブル毎の実技講習

- A：関節エコー診断法
 - B：ボツリヌス上肢施注エコー
 - C：ボツリヌス下肢施注エコー
- A～Cをローテーションで実習していただきます。

講師：おおぎや整形外科、日本整形外科超音波学会幹事 扇谷 浩文先生
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 菊地 尚久先生
東海大学医学部附属八王子病院 古川 俊明先生
湘南東部総合病院 栗原 由佳先生

リハビリテーション科専攻医の指導 ―専門医の理念と指導医のあり方―

みやぎ県南中核病院リハビリテーション科 瀬田 拓

【はじめに】

新専門医制度においてリハビリテーション(以下リハ)科が、基本19領域に含まれたことは、リハ科専門医によるリハ医療の実践が、我が国の医療体制に必要であることが認められたということであり大変喜ばしい。一方でこのことは、リハ科専門医は総力を結集することによって、我が国のすべての地域に住むすべての人々がリハ医療を必要とする時に、必ず標準的なリハ医療が受けられる体制を整える責任が明確化したことも意味している。しかしながら、現在のリハ科専門医は2000名を少し上回る人数しかおらず、良質なリハ医療を全国津々浦々に届けるためのパワーとしては不十分と言わざるを得ない。そのため、一人一人の専門医が、リハ科専門医の理念と使命を常に胸に置きながら活動するとともに、一人でも多くの新しい仲間を育てることが求められている。

今回は、新専門医制度への移行に向けて、教育委員会と専門医制度対策委員会の共同で作成した「専門研修プログラム整備基準」を基に、教育委員会が考えるリハ科専攻医指導の総論として、「指導者マニュアル」に掲げられた専門医の理念と使命、そして指導医のあり方について概説する。

【リハ科専門医の理念と使命】

リハ科専門医は「病気、外傷や加齢などによって生じる障害の予防、診断、治療を行い、機能の回復並びに活動性の向上や社会参加に向けてのリハを担う医師」である。障害に対する専門的治療技能と幅広い医学知識・経験を持ち、チームリーダーとして良質なリハ医療を国民に提供することを使命とし、さらに、リハ医学を進歩・普及させるべく研究ならびに教育にも尽力する必要がある。

【指導医のあり方】

指導医とは日本リハ医学会が認定する研修施設において、専門医研修の実施を管理、指導、評価及び認定する者をいう。指導は単にリハ医学領域の知識や技能だけでなく、障害者心理の理解に基づいた全人的医療が実践できるように教育していくとともに、成人教育として、臨床現場での学習(On the Job Training)と臨床現場を離れた学習(Off the Job Training)を通して、専攻医自らが将来にわたって学ぶ姿勢が身につくよう配慮することが大切である。

リハ科専攻医として経験すべき疾患・病態は多岐にわたるため、1研修施設ですべてを網羅することは困難なことが多い。新専門医制度では、基幹施設と連携施設が協同して教育にあたることで全領域の経験を積めるような体制を求めている。そのため、指導医には研修全体のどの部分の教育を担っているかを把握することが求められる。

【まとめ】

リハ科専門医は、良質なリハ医療の担い手としての誇りと責任感を持ちながら医療を実践することで、多くの研修医や医学生にリハ医療の魅力や社会への貢献の大きさを伝えることができる。そして専攻医に対しては、自身が臨床や研究に前向きに取り組む姿勢を見せながら、専攻医と共にリハ医学の進歩・普及を図ることが指導医としての望ましい姿であると考えている。

巧緻運動障害評価の考え方

杏林大学医学部リハビリテーション医学 岡島 康友

巧緻運動障害というと「箸が使えない、字がうまく書けない」といったことを思い浮かべる。その評価はというと、STEFやペグテストなど定量可能な標準化された評価法が用いられる。多くは手指で物をつまんで指定された場所に移動するというタスクで評価する。当然のことながら、つまむ物体を小さくしたり、移動の目標地点を小さくするなどして、タスクを難しくすれば、かかる時間は長くなる。つまり正確性を求めれば速度は低下、速度を求めれば正確性は低下するわけである。これが速度—正確性の相殺現象であり、巧緻運動の評価では問題となる性質である。臨床で用いられる評価法では速度と正確性のいずれか一方を固定して他方を測るように設計されており、タスクはシンプルで再現性・妥当性のあるものが選ばれている。ただし、それでも個人差はコントロールしにくく、たとえば、時間で巧緻性を測る場合、何でも正確にやろうとする気質の被検者では動作に時間がかかり評価点は低くなりがちであるが、多少のエラーは気にしないというのであれば成績はよくなる。こういった因子も考えると巧緻運動障害を測るのは意外に難しいことに気付く。

巧緻運動障害を起こす代表的な病態には脳卒中や頸髄症などに見られる錐体路障害と小脳や深部感覚障害に由来する運動失調症が上げられる。STEFやペグテストは単なるパフォーマンス評価であり、錐体路障害と運動失調症の違いは表現できない。もちろん、診察すれば片麻痺と運動失調症では病態が違うので鑑別には苦労しない。しかし、軽い麻痺と軽い失調症とでは指鼻試験や手の回内外試験が紛らわしい様相を呈する。そもそも、手先の巧緻運動だけをみて、両者の違いを言い当てることは可能なのか。もし可能であれば、巧緻運動障害の重症度評価も片麻痺と失調症では視点を変える必要があるのではないか。さらに病態下の障害に限らず、健常者の利き手・非利き手の巧緻運動に着目した時、左右の差をパフォーマンスとしてではなく、運動学的な違いとして表現できるのであろうかといった疑問も出てくる。

以上の論点に立って、本講演では巧緻運動の一般論として、feedback運動を基礎にした速度—正確性の相殺現象、feed forward運動が成立した段階での相殺性の変化、そしてスムーズな運動の表現である2/3 power law、また巧緻運動と書字のような習熟運動との違い、非利き手の書字の特徴、失調症や軽症片麻痺による書字運動の特徴と病態を反映する重症度の指標といった内容に触れる。

P1-1

機能強化型在宅療養支援診療所におけるリハビリテーション科医同士の連携について

港北ニュータウン診療所 神山 一行

【はじめに】当院は2007年横浜市に在宅医療を中心とした診療所として開設。24時間365日体制で在宅医療を行う。在宅医療の対象疾患は多岐にわたり、癌末期の在宅看取りも対象となる。自宅での生活をサポートする在宅診療においてリハビリテーション(以下リハ)医が活躍できる場面は多い。

【連携に至る過程】開設当初、一人で24時間365日オンコール対応していた。年月が経過し限界を感じていた折り、後輩のリハ医(渡辺英靖医師)が開業を示唆。当院と連携の取れる近隣区での開業を勧め、2011年隣接区に横浜まちだクリニック開院。

【機能強化型在宅療養支援診療所】2012年在宅医療の促進と強化の目的で設立された制度である。「3人以上の医師が連携をとり24時間365日対応を行う」ことを算定要件とし、一人医師では対応困難な24時間365日対応を可能とした。当院は常勤医2名で要件を満たせず、横浜まちだクリニックと連携し要件を満たした。

【連携のメリット】1.相談できる。2.連携先として紹介できる。3.オンコールを依頼できる。4.診療報酬アップによる増収。

【総括】在宅医療は24時間365日体制を確立し、看取りまで行うため、辛く感じ挫けそうになることがある。一人では大変な在宅医療もリハ医の仲間と連携を取ることで、困ったときに相談に乗ってもらったり、オンコールを依頼したり、励まし合ったりでき、辛いときも乗り越えられる。仲間を作り、その仲間と支え合うことが長続きするコツなのかも知れない。

P1-2

小児リハビリテーションクリニックを開業して

医療法人TRCたわだリハビリクリニック 多和田 忍

名古屋市の地域療育センターに勤務し18年がたったとき、私は開業を決めました。療育センターのこどもたちは、18歳になるとセンターで診療できなくなるからです。障害を持ったこどもたちが、年齢制限なく良質のリハビリテーションを十分に受けることができ、急な痛みが起こったときにもすぐに診察、治療でき、こどもたちを支える保護者の治療もできる、そういったクリニックをめざして開業して6年、現在までに脳性まひ約400名、筋ジストロフィー56名、ダウン症211名、発達障害約500名、その他脳腫瘍8名、脳炎後遺症9名、脊椎破裂15名、脊髄損傷10名の患者さんが通院されています。開業前、小児リハでの開業の前例を探し出せず、診察に時間のかかる小児リハだけでは経営が成り立たないと判断し、一般整形外科も行うことで採算があうよう計画しました。現在は一般整形外科医を1名雇用し、私が小児リハを担当する2診体制で診療しています。理学療法士は常勤5名、非常勤2名、作業療法士は常勤1名、非常勤1名で、幼児期のこどもたちには平均1～2週間に1回、成人の脳性まひ患者であれば月1～2回のトレーニングを提供しています。装具作成にも力を入れ、義肢装具士が毎日常駐しています。何らかの障害を持ち、一般のクリニックにかかりにくいこどもたちが安心してかかれるクリニック、生涯にわたって通えるクリニックであるために、私の代で終わることがないように後継者を育てていくことも、今後の重要な課題と考えています。

P1-3

人口減少率日本一、高齢化率日本一の秋田県における 開業リハビリテーション科専門医の役割

医療法人祥穂会つつみ整形外科 堤 祥浩

当院は整形外科、リハビリテーション科、リウマチ科、内科、皮膚科を標榜する無床診療所で、平成16年7月1日に開院しました。秋田大学医学部整形外科学教室島田洋一先生の下で研修したあと、重度心身障害者施設、肢体不自由児施設などで研修を行い、平成20年にリハビリテーション科専門医を取得しました。

スタッフは現在19名おり、看護師3名、理学療法士3名、健康運動指導士3名、スポーツプログラマー2名、健康運動実践指導員1名、アスレチックトレーナー1名などの有資格者がおります。

当法人には、本院にある110㎡のリハビリテーション室のほかに、介護保険法の介護予防通所リハビリテーション施設と医師法第42条施設の疾病予防運動施設を併設しており、医療としてのリハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、疾病予防としてのメディカルフィットネスクラブと3つの運動療法サービスの提供をしています。

変形性膝関節症、腰部脊柱管狭窄症、骨粗鬆症など整形外科疾患の患者さんは高齢者が多く、内科的合併症が多いため、外来診療ではかかりつけ医として、整形外科疾患のみならず、糖尿病、高血圧、高脂血症、泌尿器科疾患、耳鼻科疾患、精神科疾患など、お産以外のことは何でも診るようにしています。

当院のある町内では、一人暮らしの高齢者が半数を占めるようになってきており、今後はサービス付き高齢者専用賃貸住宅の提供など、住環境の整備にも力を入れていこうと考えています。

P1-4

大学病院勤務医から開業医へ 一切れ目のない地域医療を目指して

やました整形外科 山下 英樹

大学病院でリハ医として約7年間勤務したが、勤務医時代は入院患者に限定したリハ処方が中心であり、外来診療においてリハが必要な患者への対応が不十分であった。急性期から維持期まで切れ目のない地域医療を実践したいという思いから整形外科・リハ科を標榜する無床診療所を平成26年1月に開設した。所在地はどじょうすくい有名な島根県安来市で、約4万人の人口を有しており、山陰屈指の中核都市である松江市、米子市の間に位置している。リハ要員として医師1名、PT1名、運動器セラピスト資格を有するNs1名で、リハ診療を行っている。安来市内はすでに通所リハ施設、介護施設が充足しており、無床診療所でのリハ科のニーズを若干不安視していたが、開設後患者数は順調に増加し、平成27年7月現在、1日平均来院患者数は140~160名程度、1日約18単位のリハを行っている。開設から1年7か月の時点で、運動器リハ(2)2962単位、運動器リハ(3)2502単位、脳血管リハ(3)304単位のリハを行った。疾患内訳では脊椎疾患、肩関節疾患、膝関節疾患が約7割を占め、脳血管障害疾患は1割程度であった。診療所では急性期疾患から維持期にいたるまで随時リハを提供できる点、また運動器疾患の診断・治療、物理療法、リハを組み合わせて行える点で優位性があると考えている。今後PTの増員、施設機能の向上を図る予定である。

P1-5

一人開業医の活動報告 —多職種との連携で地域医療に取り組む—

医療法人あおぞら在宅クリニック 大嶋 義之

【はじめに】当クリニックは、平成23年6月1日に訪問診療に特化した在宅療養支援診療所を開設した。リハビリテーション科専門医であることから生活期におけるADL低下などに対してリハビリテーション加療を展開してきた。しかし、実際には患者は複数疾患に罹患し、整形外科専門医、プライマリ・ケア認定医、かかりつけ医認知症対応能力向上研修修了者などの資格をもちながら、全人的医療を行うことが必然不可欠となった。

このような状況の中、患者の病状改善、ADL、QOLを向上させるためには介護保険を含む多職種との連携が重要であることを実感したため、平成23年7月より医療機関における訪問リハ、同年8月医療機関における訪問看護、平成26年6月より通所リハビリテーション、同年9月より居宅介護支援事業所、平成27年3月より訪問看護ステーションを設立し、多職種連携を強化し地域医療を展開してきた。その活動を報告する。

【活動結果】平成27年6月1日現在

- ① 訪問診療・往診 医師1名 診療同行看護師2名 患者数146名 1ヶ月述べ診療件数314件
- ② 外来 リハビリテーション科専門外来 患者数27名
- ③ 訪問看護ステーション 看護師8名 理学療法士7名 作業療法士1名 言語聴覚士1名 患者数95名
- ④ 通所リハビリテーション 理学療法士7名(内5名は訪問看護ステーションと兼務) 作業療法士1名(訪問看護ステーションと兼務) 言語聴覚士1名(訪問看護ステーションと兼務) 看護師1名
介護福祉士2名 介護職員3名 利用者数81名 1日平均利用28名前後
- ⑤ 居宅介護支援事業所 介護支援専門員 1名 利用者30名
- ⑥ その他の職員 医療介護事務4名 pc事務2名 一般事務及び運転手など7名 管理栄養士1名調理員6名

上記の結果に具体的な連携内容を合わせて報告する。

P1-6

地域医療におけるリハビリテーション専門医の診療領域

有田内科整形リハビリクリニック 有田 元英

私は、12年間リハビリテーション科医局に所属し関連病院で急性期、慢性期のリハビリを経験したのち、2002年藤代町(現取手市)で診療所を開設しました。リハビリテーション科、整形外科、神経内科を標榜し、地域リハビリテーションを意識し、110平米のリハビリ室を配置しました。外来リハビリ提供しつつ、在宅訪問診療を何件か担当しました。自分でベッドサイドリハビリを行い、常勤PTに数例、訪問リハビリを担当させたこともあります。外来リハビリに限界を感じ、2006年10月より通所リハビリテーションを開設し、介護保険によるリハビリテーションを開始継続しております。現在は1日30名程度の高齢者、障害者を通所させ、個別訓練を提供しつつ、認知機能、ADL評価、装具の修理、歩行分析、入浴動作、皮膚チェックなど多方面にわたり、利用者の機能維持改善に努めております。また、増員したPTに訪問リハビリを担当させ、私も自宅を訪問、必要に応じて、自宅でボトックス、フェノールブロックを施行することもあります。外来では整形外科で骨関節疾患、骨粗鬆症、スポーツ障害、神経疾患では認知症、パーキンソン病が非常に多く外来で対応し、ADLや機能が低下した症例には介護保険の認定を促し、介護サービスの導入につなげております。以上のように、リハビリテーション科開業医は、想像した以上に診療科横断的な病態、多彩な疾患、若年から老年、外来から在宅まで幅広くカバーして診療することになり、地域医療に貢献できると考えます。

P1-7

リハビリテーション科人員確保への歩み：1人部長に就任して

神戸赤十字病院 戸田 一潔

【はじめに】昨年4月に前任の部長が転出し、1人部長に自分が整形外科より兼務の形ではありますがリハビリ（以下リハ）科の部長となり科の充実を目指して奮闘してまいりました。まだ1年の経過ですが、これまでの経緯を報告します。

【当院の特徴】当院は3次救急の兵庫県災害医療センターに併設した310床の急性期病院です。開院から11年ですが、同時にリハ科も開設されました。専門医の部長不在のまま整形外科の管理のもとリハを提供してきました。

そのため、リハスタッフも開院時8名（PT6名、OT2名）、のまま増員はありませんでした。その間、病院は外傷中心に循環器、脳・血管疾患の患者も増加の一途をたどりました。そのため、20分のリハを行わずにコスト度外視にリハオーダーに応える日々が長らく続いておりました。

【取り組み】自分がリハ部長を兼務するにあたって、当院のリハ需要を試算し、当院のリハスタッフの適正な数が最低でも25名程度であるとの見込みを立てました。そこで、関連スタッフ、特に事務部門と綿密に協議しリハの重要性、将来性を説明しました。そこで特にリハスタッフ増員の必要性、緊急性を理解してもらい、早速増員が決まりました。その結果、1名の事務員、3名のPT、1名のOT、2名のS Tの採用となりました。

【今後】来年度もまた採用に向けて検討中です。4月からわずか3か月ですが、患者ニーズや採算の面からも院内の評価も得られています。ただ、院内のリハ需要の引き出し方やリハ科医師の確保に関しては検討を要すると考えています。

P1-8

「おまかせリハ」から始まるリハビリテーションオーダーと実質的対応

医療法人地塩会南国中央病院 宮本 寛

【背景】当院は、一般病棟35床、地域包括病棟10床、回復期リハビリテーション（以下リハ）病棟54床からなる全99床の病院で、地域の高齢者を中心として医療を行っている。また同法人及び、関連社会福祉法人が運営する老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム等に入所・入居したり通所サービスを利用したりしている高齢者の急変への対応、回復期リハ、慢性疾患等の管理を行っている。

【目的】内科、脳神経外科、整形外科等の医師の中には、急性期におけるリハの重要性を十分に理解できてはおらず、廃用症候群の進行に対して適切な管理ができていないことがある。ために急性期病床における入院期間の長期化の一因となっており、医局会で繰り返しリハ処方への依頼をしたが拡充しない現状があり、これを是正するために急性期におけるリハのオーダーシステムの構築を行うことを目的とした。

【方法】疾患ごとのリハ処方箋をフォーマット化し、急性期病棟への入院後、可能な限り早期に処方箋を作成されるようにした。また、患者が入院するごとにリハオーダーの必要性を検討し、各医師に処方箋作成を依頼した。

【結果】急性期におけるリハ処方数が増加した。

【結語】リハの具体的内容については、リハスタッフに「おまかせ」状態となったが、リハスタッフの方でより適切な内容を検討し、実質的に対応している。今後は、早期のリハ介入による効果を各医師にフィードバックすることにより自主的に処方されるようになるまでの変遷と具体的効果を報告する。

当院は広島県島嶼部の呉市立の49床の国保病院で、リハ専門医は1名(病院長兼任)、PT 2名、OT 2名の体制である。地域柄、高齢化率は58.4%と高く、夫婦二人暮らしあるいは独居老人が多い。病床は全て一般病床で、入院患者は急性期脳卒中、外傷をはじめとした一次～二次救急患者の他、近隣の基幹病院から転院の回復期相当患者、慢性疾患、社会的入院、認知症と多岐にわたる。入院患者の平均年齢は85.0才で、なんらかの認知障害を呈する患者が39.6%存在する。入院を契機に認知症を発症する患者もあり、当院では通常の理学作業療法に加え、様々な音楽療法を組み込み、認知症予防、高次脳機能改善の一助としているので報告する。通常は週1回ピアノ伴奏による童謡、昔の流行歌の歌唱並びにリズム運動を合わせた音楽運動療法を行い、月に一回オペラ歌唱を聴いて頂く。夏と冬にはハンドベル演奏を用いた3ヶ月の訓練を行い、七夕、クリスマスに演奏会として患者家族の前で発表して頂いている。またリハ訓練室はショパン、モーツァルトを中心としたクラシック音楽をBGMとして用いている。特にハンドベルによる訓練は訓練前後に比較検討したFAST, MMSE, 三宅式記銘力検査, RCPM, TMT-A/B, FAB, CAT, NPI-Q, GDSの内、TMT-A, CATのSDMTの達成率、NPI-Q, GDSの評価において有意な改善が、FAB, CATの視覚性抹消課題の正答率において改善傾向が認められた。音楽療法は高齢者認知症対策に一定の補助的効果が期待できることが示唆された。

座長／京都桂病院リハビリテーションセンターリハビリテーション科 宮崎 博子

P2-1

岐阜市民病院への超急性期リハビリテーションの導入

岐阜市民病院リハビリテーション科 佐々木裕介

2015年4月1日から病院初のリハビリテーション(リハ)科医として赴任した。

【当院の概要】600床の急性期総合病院である。療法士は理学療法士21名、作業療法士9名、言語聴覚士4名で、2014年度の年間リハ新規患者数は2780名であった。

【赴任時の問題点】病院全体として離床の意識が低い。装具作製が全くされていない。リハ実施時のリスク管理ができていない。運動負荷時間・量が少ない。

【実施した対策】まず、丁寧な診察を行い、詳細に診療録を記載し、リハ方針、リスク管理を示すようにした。超急性期からのリハを導入するために、ICUの担当医と相談を行い早期離床の意義を議論した。そして、急性期リハについての講演会を実施し、院内にその効果および実践を紹介した。ICUの回診やカンファレンスに参加し、情報共有を行い、具体的な方法を検討した。脳卒中に関しては、脳神経外科医の回診に参加し、早期からの装具作製を提案し理解を得、発症早期からの装具療法を導入した。一方で義肢装具士と相談を行い、長下肢装具が最短中2日間で完成できることになった。また、他の疾患に関しても、積極的に装具作製を開始した。病棟回診、訓練室回診を行い、訓練の方向性、内容を療法士とともに検討するようにした。

【今後の方針】急性期リハについての勉強会を行い、知識を深める。ICU・HCUでのリハプロトコル、中止基準を作成し、よりスムーズな離床をすすめる。また、一般病棟での早期離床をさらにすすめ、運動量・運動負荷量を多くしていく。

P2-2

脳卒中中心のケアミックス病院での一人医長生活

横浜新都市脳神経外科病院 浅井 泰雅

当院は横浜市青葉区にある病床数317床の脳神経外科、整形外科を主とする病院である。病棟機能としては急性期、回復期リハビリテーション、地域包括ケア、障害者病棟からなる。特に脳卒中に関しては神奈川県でも1、2位を争うほどの症例数をほこる。

このうち回復期リハビリテーション病棟は60床を占めている。リハビリテーション施設基準はIを取得している。2014年度の平均ベッド稼働率は96.6%で、平均在院日数は47日である。入退院数はそれぞれ月平均20人前後である。スタッフはPT専従5人、OT専従12人、ST専従1人となっている。病棟担当は専従医師1人であり、外来業務は行えない。患者の全身状態の管理、面談、書類作成、カンファレンスなどを中心に行う。これに加えて、急性期病棟での新患や他病院から回復期病棟の適応になる患者を選別することも行っている。

これらの業務を円滑にまわすためには、業務に優先順位をつけて速やかにこなしていくこと、患者や家族に対して可能な限り顔を合わせて信頼関係を築くこと、そして他科やパラメディカルとの良好な関係を保つといったことが重要であると考えられる。

P2-3

地域での認知症を含めたリハビリ支援 —宮崎県日南市におけるリハビリ科および認知症専門医としての活動—

日南市立中部病院 鈴木幹次郎

【地域の紹介】宮崎県日南市は、総人口5.4万人、高齢化率34%の地方都市で、宮崎県の南部に位置する。日向灘に面し、温暖で自然豊か、風光明媚な場所である。

【当院の紹介】当院は一般病棟(47床)と回復期リハビリ病棟(41床)からなり、地域で唯一の回復期リハビリ病棟をもつ。内科、外科、整形外科、リハビリ科、眼科、地域医療科(訪問診療、健診)があり、地域のかかりつけ医としての役割や、入院病棟としての役割も担っている。

【リハビリ科医として】演者はリハビリ科専門医として、リハビリ病棟および外来診療に携わっている。リハビリ病棟は内科医師と分担しており、内科医師は健診や内科外来も担当している。

【認知症専門医として】演者は日本認知症学会の専門医を取得し、本年より「もの忘れ相談外来」を開始した。また、市役所長寿課と共同で、オレンジプランに沿った形での認知症を中心とした施策会議(作業部会)を立ち上げた。地域の医療福祉関係者を対象とした勉強会、地域の認知症の人への訪問支援や介護施設への訪問活動なども行っている。

【その他】地域のリハビリ関連職種が集う会(南那珂リハビリテーション懇話会)を設立、演者が事務局となって「がんのリハビリテーション県内研修会」を開催、「災害リハビリテーション宮崎県支部」の活動もリハビリ科専門医として牽引している。

【まとめ】どのような場面でも、生活をみる、ADLやQOLをみる、といった視点がとても重要であり、リハビリ科専門医だからこそ力を発揮できることが非常に多いと感じている。

P2-4

リハビリテーション専門医がやってきた！ —これまでにできたこと、これからやっていかなければならないこと—

聖稜リハビリテーション病院 五十嵐有紀子

【背景】演者はもともと東京都内にある民間の回復期リハビリテーション(以下リハと略す)病棟を併設する六百余床の病院で勤務していた一リハ専門医である。家庭の事情で静岡県藤枝市に引っ越し、その地で職を求めた。医師転職支援会社の紹介で初めに面接に行った病院で誘われるがまま決めてしまった。回復期リハ単科の125床の民間病院である。

【目的】厳密にいうともともとリハ病院のため「一人医長」に適格でないかもしれないが、同院における唯一のリハ科医として2年間の活動と院内各職種からみた印象について専門医会で報告を行い、有益な示唆や建設的な批判を受け入れる機会とする。

【方法】1. リハ医として「できた。」と思うことを列記する。2. 院内各職種にアンケートを配布し、リハ専門医により業務に変化があったか調査する。

【結果】1. リハ医としてできたこと a 装具診の立ち上げ b ボツリヌス治療の開始 c リハ研修施設の取得 d 入院患者の積極的な受け入れ e 医師や他職種からのコンサルテーション f VF等検査の実施 など。2. アンケートの結果、回答者の約20%がこれまでリハ専門医と仕事をした経験があり、その比率は医師が最も多かった。演者が勤務により「業務が変化した」と考えるのは、医師と医療技術部の比率が最も高く、次いでリハスタッフであったが、看護助手や事務職では「変化しない」のほうが多かった。しかしながら、全職種において、回復期リハ病院にリハ専門医は「絶対必要」「できればいたほうが良い」との回答を得た。

P2-5

常勤リハ科医のいなかった市立総合病院に赴任した若手リハ科医の奮闘記

市立伊勢総合病院リハビリテーション科 前田 寛文

当院は伊勢神宮内宮の北側に位置する病床数322床の市立の総合病院である。1945年の開院以来、伊勢志摩サブ医療圏(約25万人)の中核的な病院として、急性期医療を中心として地域医療に貢献してきた。同医療圏の高齢化率の高まりを受けて、2018年開院予定の新病院では、さらに地域医療に貢献できるよう、従来からの急性期医療、健診機能に加えて、新たに回復期医療、維持期医療、緩和ケア医療の機能を有し、「切れ目のない医療」の実践を目標として掲げている。新病院の開院に先立ち、当病院では2013年10月より回復期病棟(30床)が新設され、非常勤リハビリテーション科(リハ科)医師の勤務が開始された。そして2015年4月からは常勤医として若手リハ科医が赴任し、リハビリ医療の立ち上げに奔走している。赴任後は、1.一般病棟からのリハビリ処方チェック・診察と処方内容の修正。2.嚥下内視鏡検査と嚥下造影検査の開始。3.一般病棟でのリハビリ対象患者のカンファレンスへの参加。4.回復期病棟での定期カンファレンスの整備。5.リハ科とリハ外来の開設。6.地域連携、などに取り組んでいる。当院は新病院開設に向けて全職員が一丸となっており、新病院の機能の一翼を担うリハ科への期待も大きい。今まで常勤のリハ医がなかった病院であり、リハ医の存在をいかに浸透させていくかが重要であると考えている。藤田保健衛生大学リハビリテーション部門の支援を受けながら、一人医長(医員)として奮闘している若手リハ科医の現況を報告する。

P2-6

がんをやさしく治す神戸低侵襲がん医療センターにおけるがんリハビリテーション—リハ科医のがん医療への住み込み—

神戸低侵襲がん医療センターリハビリテーション科 塚本 芳久

神戸ポートアイランドには国と神戸市が推進する医療産業都市があり、200を超える医療機関が集積している。神戸低侵襲がん医療センターは手術以外のがん治療を行う80床のがん専門病院として同都市に平成25年4月に開設され、高精度放射線治療、抗がん剤治療、カテーテル治療、内視鏡治療を実践している。これらの治療法は臓器を温存することで身体への負担の少ない治療を実践できる。リハ科は開設時より専門医が配置され、基本的に全入院患者にリハビリテーションを実施している。がんリハビリは2010年の診療報酬改定で公的保険適応となり、手術に伴う合併症を予防・軽減し、また抗がん剤治療に伴う体力低下を予防・改善し、脳転移や骨転移に伴う神経症状や運動器機能障害に対応する。さらに終末期の患者の症状緩和や在宅生活に向けた環境整備を支援することを旨としている。当院ではそれ以外に独自の取り組みとして、リハビリテーションの治療手技を用いて筋感覚に意識を向けて筋が過緊張した状態を認識することで、心身の疲労への気づきを促し、自己身体の管理能力を高める試みを行っている。また、がん治療のしくみを、メタファーを用いて日常経験に喩えて深く理解することで治療への心身の構えを整え、治療効果に上乘せとなるプラシーボ効果を高める取り組みもしている。医療産業都市のメンバーであるが故にユニークさを看板にすることで全国より症例が集まり、年間約800名のがん患者に向き合える職場環境は、希少な専門性を極める上でこれ以上望み得ない臨床の場である。

P2-7

高度急性期病院、孤軍奮闘からいかにして援軍を得るか

¹東京都立墨東病院リハビリテーション科、²東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座

新見 昌央^{1,2}、安保 雅博²

当院は729床の病床を有する急性期病院で区東部保健医療圏における唯一の救命救急センターとして重篤患者受入件数は都内第1位(平成24年度)である。リハビリテーション(以下、リハ)科は一般病床4床を有し、医師1名、理学療法士12名、作業療法士5名、言語聴覚士3名で構成されている。急性期リハの充実化を図るため平成26年度9月より救命救急センターに理学療法士2名が常駐している。また平成27年3月からはStroke care unit(SCU)が開設し理学療法士1名が常駐している。平成25年度の初期加算率27.5%、早期加算率61.2%に対して平成26年度は初期加算率31.1%、早期加算率64.5%へと増加した。

急性期リハを進める一方、内科や外科からは廃用症候群に対するリハ依頼が多い。平成26年には病院全体の廃用症候群に対する意識改革を起こすために「廃用ゼロプロジェクト」という多種職からなるチームを立ち上げた。これはリハ科医師、理学療法士、看護師によって構成されている。廃用症候群予防のための自主トレーニングパンフレットを作成し平成27年6月より各病棟で勉強会を開いて廃用症候群予防の必要性を周知させ同パンフレットの使用を促している。

一人医長の責任は重い、医局のサポート体制のもと自由に専門医の力を発揮できる。教育、臨床、研究はもちろん経営学も学び、かつ、それを実践できる。多忙ながらも充実した日々である。

P2-8

診療録整備開発と業務効率化、『見える化』によるチーム医療推進

島根県立中央病院リハビリテーション科 永田 智子

病床数679の急性期総合病院の一人リハ医です。当院は三次救急を担う公的基幹病院で、県下全域からの救急搬送・ドクターヘリ搬送をうけ、リハ新患1300件/年を統括担当しています。

大病院の一人リハ医の仕事のコツは、診療録整備開発による業務効率化と『見える化』によるチーム医療推進です。マンパワーが必要な摂食嚥下障害はチームを立ち上げ、看護と密な連携を図っています。

当院は全国初の統合型電子カルテを導入し、定期的に独自ツール開発が可能な環境にあることが強みです。情報の共有化・標準化・一元管理が基本設計コンセプトで、多岐にわたるリハ情報も専用ツールで共有化・一元管理し活用しています。

医療の質を維持しつつ医師不足を補完するために、医療情報のIT化・ツール開発と同時に診療業務行程を洗い出し、代理化可能業務を移行、情報集約化と診療録記載時間短縮のためにテンプレートの導入や処方箋の改善等も行い計画的かつ効率的な診療を心掛けています。全てのリハ情報は統合カルテで共有化し全職員から『リハが見える』診療環境を整備しました。全リハスタッフが、専用ツールとテンプレート等を活用して医療情報の標準化と業務効率化に努めています。この体制構築の基盤は、業務の構造化と多職種の役割分担明確化、業務の流れを「運用概念図」に集約する作業、リハ診療の指針とルールを業務マニュアルに明確にする作業でした。高度情報化を強調しましたが、医療の原点は人とのつながりです。現場スタッフとのコミュニケーションは情報共有化の前提条件です。

P2-9

リハセンタースタッフや院内他部署と連携し、1人でもやってゆける工夫をしよう！ —任せて楽しもう主義—

京都桂病院リハビリテーションセンターリハビリテーション科 宮崎 博子

【はじめに】リハ患者が増えるほど、リハ医1人では対応が困難になる。当院では、週3回午前午後の外来診療(30-40人/日)と入院・外来のリハ処方(10-40件/日)をすべてリハ医1人で行っている。当院の工夫を紹介する。

【院内連携】「リハ運営委員会」：他診療科のリハ専任医師十数名を中心に、リハ担当副院長、看護科長、リハ科医師、リハ技師長により、月一回開催、リハの課題を検討し運営方針を決定する。「リハ実務者連絡委員会」：看護部副部長、全病棟科長、地域連携室科長にリハ科医師、リハ科各部門代表により、月一回、リハ医療の現場の問題を解決し連絡事項の徹底を図る。その他、入院リハ患者全員を対象に週1回「病棟リハカンファレンス」、当科主催の「嚥下カンファレンス」「嚥下委員会」「乳腺カンファレンス」、他診療科主催の「認知症ケアカンファレンス」「緩和委員会」「NST委員会」など複数に参加。

【リハセンター内対応】リハ科医師の負担を減らし、最小限の労力で情報を集約し診療する方法として、科内のチームカンファレンス、委員会、ミーティングのほか、病院採用の医師事務補助者の活用、診療前の医師と療法士の紙ベースの外来カンファレンスが有効と実感。

【まとめ】患者が多くなり業務の超過が予想されれば、リハ医も自らの業務を制限する。それは業務管理上大切なことであるが、使える資源は使い活用できるものは活用して、自分は楽しんで、業務拡大を図る工夫を、もっとしても良いと思っている。

実行委員

実行委員長： 正岡 智和

実行委員： 安保 雅博

大串 幹

下堂 蘭 恵

池田 聡

加賀谷 齊

角田 亘

中村 健

平岡 崇

水尻 強志

八幡 徹太郎

協賛・広告掲載企業一覧

(2015年10月19日現在、50音順)

本大会の開催にあたり、下記の企業の皆様よりご協力を賜りました。
ここに深甚なる感謝の意を表します。

第10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 笠井 史人

ランチョンセミナー

インターリハ株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社

企業展示

伊藤超短波株式会社
株式会社井上製作所
インターリハ株式会社
CYBERDYNE 株式会社
GEヘルスケア・ジャパン株式会社
住友ベークライト株式会社
株式会社ソフトサービスライフケア
パシフィックサプライ株式会社
株式会社マネージビジネス
ミナト医科学株式会社
株式会社モリトー
株式会社安川電機
株式会社ユニークメディカル

広告

アステラス製薬株式会社
株式会社医学書院
医歯薬出版株式会社
オージー技研株式会社
株式会社大塚製薬工場
金原出版株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
医療法人社団健育会
株式会社全日本病院出版会
第一三共株式会社
大正富山医薬品株式会社
帝人ファーマ株式会社
東名ブレース株式会社
久光製薬株式会社
三笠製薬株式会社
株式会社三輪書店
ユコー株式会社

協賛

医療法人社団 愛英会 横浜まちだクリニック
社会福祉法人あそか会 あそか病院
医療法人ケイ・アイ オホーツク海病院
医療法人社団 三医会 鶴川記念病院
三友堂リハビリテーションセンター
医療法人社団翔辰会 辰巳中央診療所
医療法人社団 神星会
有限会社長野製作所
ファイザー株式会社
有限会社藤塚製作所

第10回 日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会 プログラム・抄録集

2015年10月発行

発行人 | 笠井 史人 (昭和大学医学部リハビリテーション医学講座)

事務局 | 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座
〒142-8555 東京都品川区旗の台 1-5-8

運営事務局 | 株式会社コングレ
〒102-8481 東京都千代田区麹町 5-1 弘済会館ビル 6階
TEL : 03-5216-5318 FAX : 03-5216-5552

認知リハビリテーション実践ガイド

原著 M. M. Sohlberg・L. S. Turkstra / 監訳 村松太郎

膨大なエビデンスに基づいて認知リハビリテーションのアプローチ法を体系的にまとめた。高次脳機能障害に関わるスタッフ必読の1冊。ワークシート付き(Web付録)。

●B5 頁288 2015年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02145-6]

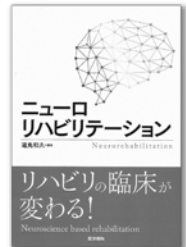


ニューロリハビリテーション

編集 道免和久

脳の可塑性をはじめとする最新の脳科学の知見から発展したCI療法などの各種ニューロリハビリテーションの実際について、運動制御や運動学習を中心とした視点から解説。

●B5 頁328 2015年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02009-1]



脳卒中ビジュアルテキスト 第4版

荒木信夫・高木 誠・厚東篤生

脳卒中の解剖、診察、症候・疾患、治療、リハビリに至る全体像を、豊富なイラストと画像で解説。最新治療をフォローすべく薬物治療・外科的治療については重点的に改訂。

●A4 頁280 2015年 定価:本体12,000円+税 [ISBN978-4-260-02082-4]

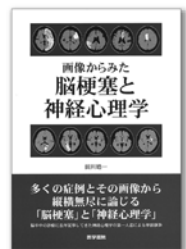


画像からみた脳梗塞と神経心理学

田川皓一

脳梗塞に失語をはじめとした神経心理学的症候の面からアプローチ。貴重な症例とともに多数の画像が示され、症候と画像の両面から脳梗塞の局在診断を理解できる。

●B5 頁280 2015年 定価:本体8,000円+税 [ISBN978-4-260-02196-8]



基礎からわかる軽度認知障害(MCI)

効果的な認知症予防を目指して

監修 鈴木隆雄 / 編集 島田裕之

認知症の前駆段階である軽度認知障害(MCI)。国立長寿医療研究センターを中心に、MCIの最新の知見をまとめた。高齢者にかかわる医療職必読の1冊。

●B5 頁344 2015年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-02080-0]



運動療法の「なぜ？」がわかる 超音波解剖 [Web 動画付]

編著 工藤慎太郎

●B5 頁224 2014年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02031-2]

非特異的腰痛の運動療法

症状にあわせた実践的アプローチ

荒木秀明

●B5 頁160 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01971-2]

脳卒中 リハビリテーションマニュアル

編集 宮越浩一

●B6変型 頁368 2014年 定価:本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-01924-8]

服部リハビリテーション 技術全書 第3版

編集 蜂須賀研二

編集協力 大丸 幸・大塚三郎・佐伯 覚・橋元 隆・松嶋康之

●B5 頁1024 2014年 定価:本体18,000円+税 [ISBN978-4-260-01757-2]



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23

[販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804

E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

携帯サイトはこちら



医歯薬出版の好評最新刊のご案内

●高齢者の保健・医療・介護にあたるスタッフ必携書！

フレイルの予防と リハビリテーション

■島田裕之 編

最新刊

■B5判 192頁
定価(本体3,600円+税)
ISBN978-4-263-21943-0



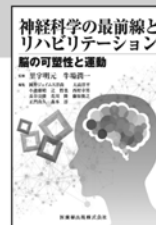
●神経科学の最前線を知るに最適の一冊！

神経科学の最前線と リハビリテーション

脳の可塑性と運動

■里宇明元
牛場潤一 監修

■B5判 272頁
定価(本体5,000円+税)
ISBN978-4-263-21535-7



●世界共通のICF 評価実践ツールとしてご活用ください！

ICF コアセット 臨床実践のためのマニュアル

CD-ROM 付

■Jerome E. Bickenbach ほか原著編集
公益社団法人日本リハビリテーション医学会 監訳

■B5判 128頁
定価(本体5,200円+税)
ISBN978-4-263-21528-9



●膜・筋膜に関する理論や治療法をエビデンスをもとに総括した初めての書！

人体の張力ネットワーク 膜・筋膜

最新知見と治療アプローチ

■Robert Schleip, 他著
竹井仁 監訳

■B5判 576頁
定価(本体10,000円+税)
ISBN978-4-263-21540-1



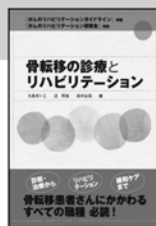
●骨転移患者のQOL向上をめざし多職種による包括的アプローチをまとめた一冊！

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

骨転移の診療と リハビリテーション

■大森まいこ(松本真以子)
辻 哲也・高木辰哉 編

■B5判 280頁
定価(本体4,900円+税)
ISBN978-4-263-21934-8



●リハ科医, リハスタッフ, 小児科医のための好評入門書！

小児リハビリテーション医学

第2版

■栗原まな 著

■B5判 292頁
定価(本体5,800円+税)
ISBN978-4-263-21536-4



●世界的知名度の高い新生児神経学的評価法実践マニュアル！

早産児と満期産児のための デュボヴィッツ 新生児神経学的評価法

原著第2版

■Lilly MS Dubowitz, 他著
奈良 勲・高田栄子
河村光俊・烏山亜紀 監訳

■B5判 176頁
定価(本体4,400円+税)
ISBN978-4-263-21940-9



●地域リハビリテーションの最新情報が満載の決定版！！

地域リハビリテーション

くらしを支える医療の実践

■水間正澄 編

■B5判 240頁
定価(本体4,400円+税)



TEIJIN

Human Chemistry, Human Solutions

中枢神経障害患者さんの歩行能力向上に

一歩、踏み込む。



医療機器承認番号：22400BZX00428000

歩行神経筋電気刺激装置

ウォークエイド®

ウォークエイド®は、歩行に合わせて腓骨神経を電気刺激することで足関節の背屈を補助し、中枢神経障害による下垂足・尖足患者さんの歩行を改善します。



製造販売業者 帝人ファーマ株式会社 〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号 お問い合わせ ☎0120-113-687

WALK(REH) 毛履(TB)1307

世界標準の上肢機能評価「ARAT」のすべてがわかる一冊！

脳卒中上肢機能評価

ARATパーフェクトマニュアル

監修 安保 雅博 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座主任教授

編集 中野枝里子 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座
田中 智子 東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科

DVD付 

世界標準の上肢機能評価「Action Research Arm Test (ARAT)」の実施・採点方法を、わかりやすく解説したDVD付マニュアル。DVDと連動したARATそのものの解説パートに加え、Fugl-Meyer Assessment (FMA) や簡易上肢機能検査 (STEF) との比較から明らかになるその有用性、症例に応じた機能評価の使い分けなど、機能評価全般の理解を深める総論的なエッセンスも加味される。



主な内容

Part 1 脳卒中リハビリテーションと機能評価

- ①-1 機能評価の重要性 ①-2 上肢機能評価の現状
- ①-3 上肢機能評価の有用性

Column 1 天井効果と床効果

Part 2 ARATによる上肢機能評価の実際

- ②-1 ARATの特徴 ②-2 ARATの採点方法
- ②-3 各サブテストの実施方法
- ②-4 各サブテストで用いる物品

Column 2 妥当性と信頼性の評価

Part 3 上肢機能評価とリハビリテーション

③-1 症例編

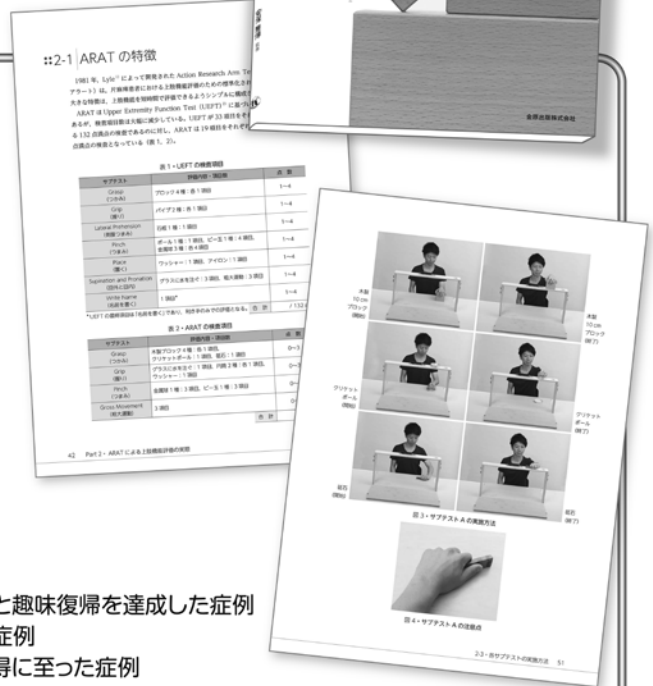
- Case1 上肢機能訓練と生活指導により、生活負担軽減と趣味復帰を達成した症例
- Case2 1人暮らし再開に向けて家事動作訓練を行った症例
- Case3 NEUROにより、物品把持可能から包丁動作獲得に至った症例
- Case4 2回のNEUROにより、麻痺側上肢機能に段階的な改善を認めた症例
- Case5 NEUROの適応により、ゲーム機の操作が可能となった重症例
- Case6 NEUROの結果、上肢機能改善に加え、趣味活動の再獲得に至った症例
- Case7 感覚障害と軽度麻痺に対するNEUROにより、調理動作における麻痺側上肢参加が向上した症例
- Case8 肩関節の機能向上に焦点を当てたボツリヌス療法と作業療法の併用により、補助手の獲得に至った症例

③-2 どの評価法が有効なのか

Column 3 NEUROおよびrTMSの今後

③-3 今後の課題と展望

Supplement ARAT評価シート FMA評価シート STEF評価シート




読者対象 リハビリテーション科医, 作業療法士 など

◆ B5判/120頁/27図 ◆ 定価 (本体3,500円+税) ISBN978-4-307-75046-2

2015-5

 **金原出版**

〒113-8687 東京都文京区湯島2-31-14 TEL03-3811-7184 (営業部直通) FAX03-3813-0288

 本の詳細、ご注文等はこちらから <http://www.kanehara-shuppan.co.jp/>

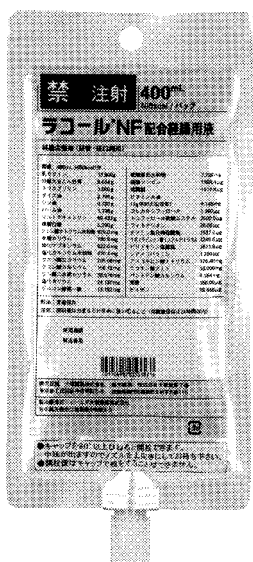


経腸栄養剤(経管・経口両用)

ラコール[®]NF 配合経腸用液

RACOL[®]-NF Liquid for Enteral Use

薬価基準収載



400mL バッグ



ミルクフレーバー



コーヒーフレーバー



バナナフレーバー



コーンフレーバー

200mL アルミパウチ

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

販売提携
大塚製薬株式会社
Otsuka 東京都千代田区神田町2-9

販売提携
株式会社大塚製薬工場
徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115

製造販売元
イーエヌ大塚製薬株式会社
岩手県花巻市二枚橋第4地割3-5

資料請求先
株式会社大塚製薬工場 輸液Dセンター
〒101-0048 東京都千代田区神田町2-2



速やかな崩壊性と強度を併せもつ

メモリー[®]OD錠

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

中等度及び高度アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉

1. アルツハイマー型認知症と診断された患者にのみ使用すること。
2. 本剤がアルツハイマー型認知症の病態そのものの進行を抑制するという成績は得られていない。
3. アルツハイマー型認知症以外の認知症疾患において本剤の有効性は確認されていない。

【用法・用量】

通常、成人にはマンチン塩酸塩として1日1回5mgから開始し、1週間に5mgずつ増量し、維持量として1日1回20mgを経口投与する。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

1. 1日1回5mgからの漸増投与は、副作用の発現を抑える目的であるので、維持量まで増量すること。
2. 高度の腎機能障害(クレアチンクリアランス値:30mL/min未満)のある患者には、患者の状態を観察しながら慎重に投与し、維持量は1日1回10mgとすること(「慎重投与」及び「薬物動態」の項参照)。
3. 医療従事者、家族等の管理の下で投与すること。
4. OD錠は口腔内で速やかに崩壊するが、口腔粘膜からの吸収により効果発現を期待する薬剤ではないため、崩壊後は唾液又は水で飲み込むこと。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) てんかん又は痙攣の既往のある患者[発作を誘発又は悪化させることがある。]
- (2) 腎機能障害のある患者[本剤は腎排泄型の薬剤であり、腎機能障害のある患者では排泄が遅延する(「用法・用量」に関連する使用上の注意)及び「薬物動態」の項参照。]
- (3) 尿pHを上昇させる因子(尿細管性アシドーシス、重症の尿路感染等)を有する患者[尿のアルカリ化により本剤の尿中排泄率が低下し、本剤の血中濃度が上昇するおそれがある。]
- (4) 高度の肝機能障害のある患者[使用経験がなく、安全性が確立していない。]

2. 重要な基本的注意

- (1) 投与開始初期においてめまい、傾眠が認められることがあるので、患者の状態を注意深く観察し、異常が認められた場合は、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。また、これらの症状により転倒等を伴うことがあるため、十分に注意すること。
- (2) 通常、中等度及び高度アルツハイマー型認知症では、自動車の運転等危険を伴う機械の操作能力が低下することがある。また、本剤により、めまい、傾眠等があらわれることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないように注意すること。
- (3) 他の認知症疾患との鑑別診断に留意すること。
- (4) 本剤投与により効果が認められない場合、漫然と投与しないこと。

3. 相互作用(併用注意(併用に注意すること))

ドパミン作動薬:レボドパ等 ヒドロクロロチアジド 腎尿細管分泌(カチオン輸送系)により排泄される薬剤:シメチジン等 尿アルカリ化を起こす薬剤:アセタゾラミド等 NMDA受容体拮抗作用を有する薬剤:アマンタジン塩酸塩、デキストロメトラン臭化水素酸塩水和物等

4. 副作用

国内におけるメモリー錠承認時までの臨床試験において、1,115例中408例(36.6%)に副作用が認められた。主な副作用は、めまい4.7%(52例)、便秘3.1%(35例)、体重減少2.2%(24例)、頭痛2.1%(23例)等であった。〔承認時〕

(1) 重大な副作用

- 1) **痙攣**(0.3%):痙攣があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 2) **失神**(頻度不明^{※1})、**意識消失**(頻度不明^{※1}):失神、意識消失があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 3) **精神症状**(激越:0.2%、攻撃性:0.1%、妄想:0.1%、幻覚、錯乱、せん妄:頻度不明^{※1}):精神症状(激越、幻覚、錯乱等)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 4) **肝機能障害**(頻度不明^{※1})、**黄疸**(頻度不明^{※1}):AST(GOT)、ALT(GPT)、ALP、ビリルビン等の上昇を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

注)自発報告又は海外において認められている副作用のため頻度不明。

●その他の使用上の注意等は製品添付文書をご覧ください。



NMDA受容体拮抗 アルツハイマー型認知症治療剤

薬価基準収載

メモリー[®]錠 5mg 10mg 20mg • OD錠 5mg 10mg 20mg

劇薬、処方箋医薬品:注意-医師等の処方箋により使用すること
一般名/マンチン塩酸塩



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

提携
メルツ ファーマシューティカルズ

Monthly Book

MEDICAL REHABILITATION

大 好 評 発 売 中



<編集主幹>

宮野佐年(総合東京病院リハビリテーションセンター長)

水間正澄(昭和大学教授)

<2016年 年間購読料> 39,398円(税込) (通常号2,500円+税, 増大号4,000円+税, 増刊号4,980円+税)

Monthly Book Medical Rehabilitation 誌バックナンバー

特 色

- ◎毎号1テーマにしぼった総特集形式!!
- ◎ライターズファイルを設け、お顔写真付きで各執筆者を紹介
- ◎第一線でご活躍の執筆陣が図表を多用し、詳しく解説

※その他のバックナンバーはホームページをご覧ください!

No. 179(2015年1月号)	小児の装具療法	編集/和田 郁雄
No. 180(2015年2月号)	痙縮治療の実際—評価・手技・リハビリテーション—	編集/青柳陽一郎
No. 181(2015年3月号)	高齢者の脊髄障害	編集/加藤 真介
No. 182(2015年4月号)	下肢のスポーツ傷害—押さえておきたい病態・診断・治療とリハビリテーション—	編集/吉矢 晋一
No. 183(2015年増刊号)	知りたい!聞きたい!認知症Q&A	編集/遠藤 英俊
No. 184(2015年5月号)	症候性てんかんと自動車運転—最新の道路交通法改正も踏まえて—	編集/豊倉 稔・渡辺雅子
No. 185(2015年6月号)	リハビリテーション科における長期的サポート	編集/川手 信行
No. 186(2015年7月号)	終末期の摂食嚥下リハビリテーション—看取りを見据えたアプローチ—	編集/野原 幹司
No. 187(2015年8月号)	障がい者が東京の街を歩けるか—2020年東京パラリンピック開催に向けて—	編集/陶山 哲夫
No. 188(2015年9月号)	地域包括ケアシステムにおいて生活期リハビリテーションに期待すること	編集/斉藤 正身

リハビリテーション医療における呼吸器診療

Monthly Book Medical Rehabilitation No. 189 2015年10月増大号 定価4,000円+税

編集企画/笠井史人(昭和大学リハビリテーション医学講座准教授)

最新増大号

呼吸リハビリテーションのEBM	宮川 哲夫
呼吸困難感のメカニズムと対策	泉崎 雅彦
個々の病態に適した作業療法を含む呼吸リハビリテーション	前倉 亮治ほか
呼吸障害患者のソーシャルワーク	井上 健朗
神経筋疾患の呼吸リハビリテーション(成人)	花山 耕三
神経筋疾患の呼吸リハビリテーション(小児)	石川 悠加
脊髄障害者の呼吸リハビリテーション	土岐 明子
ICU・周術期における呼吸リハビリテーション	笠井 史人
呼吸リハビリテーションと嚥下障害	海老原 覚
救急医療からみた呼吸リハビリテーション	中村 俊介
呼吸リハビリテーションの栄養管理	宮崎慎二郎ほか
呼吸リハビリテーションにおけるリスクマネジメント	加賀谷 斉
人工呼吸器患者のリハビリテーション	石原 英樹
呼吸リハビリテーションにおける評価法	黒澤 一
呼吸理学療法の実践	高橋 仁美
在宅呼吸リハビリテーション	城石 涼太ほか
慢性呼吸不全患者のセルフマネジメント教育	田中 一正
呼吸リハビリテーションと薬物療法	鈴木 康介
呼吸リハビリテーションにおけるADL訓練	高島 千敬
呼吸リハビリテーションと音楽療法	板東 浩ほか
災害時の呼吸リハビリテーション	佐野 裕子
NICU・PICUにおける呼吸リハビリテーション	木原 秀樹

リハビリテーション医療で出会う呼吸器障害の患者へのアプローチを様々な角度から紹介!

(株)全日本病院出版会

〒113-0033 東京都文京区本郷3-16-4

TEL: 03-5689-5989 FAX: 03-5689-8030

おもとめはお近くの書店または弊社ホームページ(<http://www.zenniti.com>)まで!

経皮吸収型鎮痛・消炎剤

薬価基準収載

スミルスティック3%

フェルビナク固形軟膏

薬価基準収載

スミルローション3%

フェルビナクローション

薬価基準収載

スミルテープ[®]35mg・70mg

フェルビナクテープ剤

薬価基準収載

スミル外用ポンプスプレー3%

フェルビナク外用ポンプスプレー



製造販売元 [資料請求先]
三笠製薬株式会社
東京都練馬区豊玉北2-3-1
<http://www.mikasaseiyaku.co.jp>



JQA-QA0225 三笠製薬株式会社
JQA-EA1097 三笠製薬(株)工場

●「効能・効果」、「用法・用量」、「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。

2015年7月作成

■ さまざまな疾病・障害が重複している患者対応について指針を示した画期的な一冊

重複障害のリハビリテーション

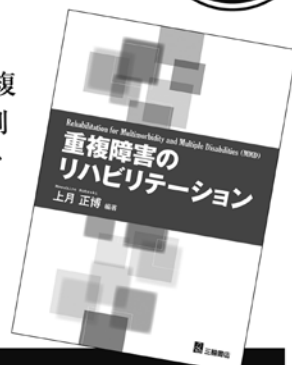
新刊

Rehabilitation for Multimorbidity and Multiple Disabilities (MMD)

上月 正博

超高齢社会となった現代、多疾患患者の増加に伴い、障害も単一ではなく「重複障害」という新たな課題に直面している。これまでのリハビリのガイドラインは、原則的に単一疾患・障害を対象としていた。しかし、心不全、呼吸不全、関節疾患を合併している脳卒中患者、呼吸不全の合併によりすぐに息苦しくなってしまう運動器疾患症例などへのリハビリ実施時に戸惑うことはないだろうか？

本書は、重複障害のある患者に対してどのようなリハビリが安全かつ有効であるかを、最新のエビデンスを交え系統的に解説した本邦初の書である。



■ 主な内容 ■

第1章 重複障害のリハビリテーション総論

1. 重複障害の定義
2. 重複障害リハビリテーションの定義とエビデンス
3. チームアプローチ（チーム医療）と重複障害

第2章 重複障害をめぐる基礎知識：臓器連関

1. 視覚と聴覚
2. 脳神経と視覚、聴覚
3. 脳・神経と骨・関節
4. 心臓・血管と脳・神経
5. 心臓・血管と視覚、聴覚
6. 心臓・血管と腎臓
7. 心臓・血管と肺
8. 心臓・血管と骨・関節
9. 呼吸器と脳・神経
10. 呼吸器と肝臓
11. 呼吸器と骨・関節
12. 腎臓と脳・神経
13. 腎臓と肺
14. 肝臓と腎臓
15. 腎臓と骨・関節
16. 認知症と骨・関節
17. 認知症と生活習慣病
18. がんと骨・関節
19. がんと生活習慣病

第3章 重複障害のリハビリテーション各論

I. 重複障害のリハビリテーション診療の手順

II. 運動処方総論

1. 運動処方の基本
2. 監視、非監視の運動療法

III. 救急処置・安全対策のポイント

IV. 各種疾患のリハビリテーション

1. 脳・神経のリハビリテーション
2. 脊髄疾患のリハビリテーション
3. 心臓・血管疾患のリハビリテーション
4. 呼吸器疾患のリハビリテーション
5. 腎臓疾患のリハビリテーション
6. 運動器疾患のリハビリテーション
7. 生活習慣病のリハビリテーション
8. 悪性腫瘍（がん）のリハビリテーション
9. 摂食嚥下障害のリハビリテーション

第4章 重複障害のリハビリテーションの実例

- Case 1: 視覚障害を有する心臓リハビリテーション患者への運動処方
Case 2: 聴覚障害を有する呼吸リハビリテーション患者への運動処方
Case 3: 脳卒中を合併した運動器疾患患者への運動処方
Case 4: 腎臓のある脳卒中片麻痺合併例へのリハビリテーション
Case 5: COPD を合併した心臓リハビリテーション患者への運動処方

Case 6: 腎不全を合併した心臓リハビリテーション患者への運動処方

Case 7: 心不全・呼吸不全を有する超肥満患者への運動処方

Case 8: 運動器疾患を合併した心臓リハビリテーション患者への運動処方

Case 9: 運動器疾患を合併した呼吸リハビリテーション患者への運動処方

Case 10: 下肢切断合併例の透析患者へのリハビリテーション

Case 11: 腎臓障害のある心不全例へのリハビリテーション

Case 12: 摂食嚥下障害合併例への呼吸リハビリテーション

Case 13: 肝肺症候群へのリハビリテーション

Case 14: 糖尿病を有する患者への回復期心臓リハビリテーションの実例

Case 15: がんと運動器疾患

Case 16: 認知症と運動器疾患

コラム：重複障害のリハビリテーション成功へのコツ

- コツ①：スタッフの教育のコツ
コツ②：運動療法を長く継続させるためのコツ
コツ③：やる気のない患者への対応のコツ
コツ④：高齢者への対応のコツ
コツ⑤：クレーム対応のコツ
コツ⑥：コンプライアンス、アドヒアランス、コンコーダンス
コツ⑦：ダイナミックフラミンゴ療法
コツ⑧：こんなリハ医は嫌われる15の条件
コツ⑨：体力の二極分化
コツ⑩：プラトンの教え
コツ⑪：らくらく運動
コツ⑫：リハビリテーション従事者に望むこと
コツ⑬：薬剤
コツ⑭：禁煙
コツ⑮：酸素療法
コツ⑯：栄養指導の効果を高める秘訣とは？
コツ⑰：住環境—重複障害者住宅のための条件設定

● 付録

- ① eGFR 男女・年齢別早見表
- ② 心機能指標正常値
- ③ 関節可動域表示ならびに測定法
- ④ METs 換算表
- ⑤ 障害者の権利に関する宣言
- ⑥ 介護保険制度
- ⑦ 身体障害者障害程度等級表
- ⑧ 要介護認定の認定調査票（基本調査）の構成
- ⑨ 視覚検査
- ⑩ 聴覚検査
- ⑪ 高次脳機能検査法
- ⑫ 音声・言語機能
- ⑬ 標準化言語検査
- ⑭ ADL 評価法
- ⑮ 運動負荷試験
- ⑯ 精神・心理機能検査

索引

● 定価（本体 9,500 円+税）B5 584頁 2015年 ISBN 978-4-89590-515-2

お求めの三輪書店の出版物が小売書店にない場合は、その書店にご注文ください。お急ぎの場合は直接小社に。



三輪書店

〒113-0033 東京都文京区本郷6-17-9 本郷網ビル

編集 ☎03-3816-7796 ☎03-3816-7756 販売 ☎03-6801-8357 FAX03-6801-8352

ホームページ：https://www.miwapubl.com





非ステロイド性消炎・鎮痛剤 (COX-2選択的阻害剤) 薬価基準収載

セレコックス錠 100mg 200mg

劇薬、処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

セレコキシブ錠

■ 「効能・効果」「用法・用量」「警告・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**
東京都中央区日本橋本町2-5-1

〔資料請求先〕メディカルインフォメーションセンター ☎0120-189-371

販売提携 **ファイザー株式会社**

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

資料請求先：製品情報センター

9つの 疾患・症状^{*}に 適応のある 経皮鎮痛消炎剤



※詳細は、効能・効果の項目をご参照ください。



経皮鎮痛消炎剤 ケトプロフェン 2% [薬価基準収載]

モーラス®テープ 20mg



経皮鎮痛消炎剤 ケトプロフェン 2% [薬価基準収載]

モーラス®テープ L 40mg

【禁忌】(次の患者には使用しないこと)

- 本剤又は本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者
〔「重要な基本的注意」の項(1)参照〕
- アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者〔喘息発作を誘発するおそれがある。〕
- チアプロフェン酸、スプロフェン、フェノフィブラート並びにオキシベンゾン及びオクトクリレンを含有する製品(サンスクリーン、香水等)に対して過敏症の既往歴のある患者
〔これらの成分に対して過敏症の既往歴のある患者では、本剤に対しても過敏症を示すおそれがある。〕
- 光線過敏症の既往歴のある患者〔光線過敏症を誘発するおそれがある。〕
- 妊娠後期の女性〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照)

【効能・効果】

- 下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎
腰痛症(筋・筋膜炎腰痛症、変形性脊椎症、椎間板症、腰椎捻挫)、変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎(テニス肘等)、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛
- 関節リウマチにおける関節局所の鎮痛

【効能・効果に関連する使用上の注意】

- 本剤の使用により重篤な接触皮膚炎、光線過敏症が発現することがあり、中には重度の全身性発疹に進展する例が報告されているので、疾病の治療上の必要性を十分に検討の上、治療上の有益性が危険性を上回る場合にのみ使用すること。
- 損傷皮膚には本剤を使用しないこと。

【用法・用量】

1日1回患部に貼付する。

【使用上の注意】

- 慎重投与**(次の患者には慎重に使用すること)
気管支喘息のある患者〔アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある。〕
〔「重大な副作用」の項(2)参照〕
- 重要な基本的注意**
 - 本剤又は本剤の成分により過敏症(紅斑、発疹・発赤、腫脹、刺激感、痒痒等を含む)を発現したことがある患者には使用しないこと。
 - 接触皮膚炎又は光線過敏症を発現することがあり、中には重度の全身性発疹に至った症例も報告されているので、使用前に患者に対し次の指導を十分に行うこと。〔「重大な副作用」の項(3)参照〕
 - 紫外線曝露の有無にかかわらず、接触皮膚炎を発現することがあるので、発疹・発赤、痒痒感、刺激感等の皮膚症状が認められた場合には、直ちに使用を中止し、患部を遮光し、受診すること。なお、使用後数日を経過して発現する場合があるので、同様に注意すること。
 - 光線過敏症を発現することがあるので、使用中は天候にかかわらず、戸外の活動を避けるとともに、日常の外出時も、本剤貼付部を衣服、サポーター等で遮光すること。なお、白い生地や薄手の服は紫外線を透過させるおそれがあるので、紫外線を透過させにくい色物の衣服などを着用すること。また、使用後数日から数カ月を経過して発現することもあるので、使用後も当然の間、同様に注意すること。

と、異常が認められた場合には直ちに本剤の使用を中止し、患部を遮光し、適切な処置を行うこと。

- 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に使用すること。
- 腰痛症、変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛に本剤を使用する場合は、以下の点に注意すること。
 - 本剤による治療は対症療法であるので、症状に応じて薬物療法以外の療法も考慮すること。また、投与が長期にわたる場合には患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。
- 関節リウマチにおける関節局所の鎮痛に本剤を使用する場合は、以下の点に注意すること。
 - 関節リウマチに対する本剤による治療は対症療法であるので、抗リウマチ薬等による適切な治療が行われ、なお関節に痛みが残る患者のみに使用すること。
 - 関節痛の状態を観察しながら使用し、長期にわたり漫然と連用しないこと。また、必要最小限の枚数にとどめること。

3.相互作用

【併用注意】(併用に注意すること)

メトレキサート

4.副作用

- 腰痛症、変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛
総症例1,156例中副作用が報告されたのは57例(4.93%)であり、発現した副作用は、発疹11件、発赤9件、痒痒感18件、刺激感5件等の接触皮膚炎54件(4.67%)、貼付部の膨疹、動悸、顔面及び手の浮腫各1件(0.09%)などであった。(承認時)
- 関節リウマチ
総症例525例中副作用が報告されたのは45例(8.57%)であり、発現した副作用は、接触性皮膚炎17件、適用部位痒痒感12件、適用部位紅斑6件、適用部位発疹6件、適用部位皮膚炎3件等であった。(効能追加承認時)
ほかに医師などの自発的報告により、ショック、アナフィラキシー、喘息発作の誘発(アスピリン喘息)、光線過敏症の発現が報告されている。

(1)重大な副作用

- ショック**(頻度不明)、**アナフィラキシー**(0.1%未満)
ショック、アナフィラキシー(尊麻疹、呼吸困難、顔面浮腫等)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には使用を中止し、適切な処置を行うこと。
- 喘息発作の誘発(アスピリン喘息)**(0.1%未満)
喘息発作を誘発することがあるので、乾性ラ音、喘鳴、呼吸困難感等の初期症状が発現した場合は使用を中止すること。気管支喘息患者の中には約10%のアスピリン喘息患者が潜在していると考えられているので留意すること。なお、本剤による喘息発作の誘発は、貼付後数時間で発現している。〔禁忌〕の項(2)参照)
- 接触皮膚炎**(5%未満、重篤例は頻度不明)
本剤貼付部に発現した痒痒感、刺激感、紅斑、発疹・発赤等が悪化し、腫脹、浮腫、水疱・びらん等の重度の皮膚炎症状や色素沈着、色素脱失が発現し、さらに**全身に皮膚炎症状が拡大し重篤化する**ことがあるので、異常が認められた場合には直ちに使用を中止し、患部を遮光し、適切な処置を行うこと。なお、使用後数日を経過してから発現することもある。
- 光線過敏症**(頻度不明)
本剤の貼付部を紫外線に曝露することにより強い痒痒を伴う紅斑、発疹、刺激感、腫脹、浮腫、水疱・びらん等の重度の皮膚炎症状や色素沈着、色素脱失が発現し、さらに**全身に皮膚炎症状が拡大し重篤化する**ことがあるので、異常が認められた場合には直ちに使用を中止し、患部を遮光し、適切な処置を行うこと。なお、使用後数日から数カ月を経過してから発現することもある。

●その他の使用上の注意については添付文書をご参照ください。●添付文書の改訂に十分ご留意ください。

製造販売元 **久光製薬株式会社** 〒841-0017 鳥栖市田代大宮町408

資料請求先：学術部 お客様相談室 〒100-6330 東京都千代田区丸の内2-4-1

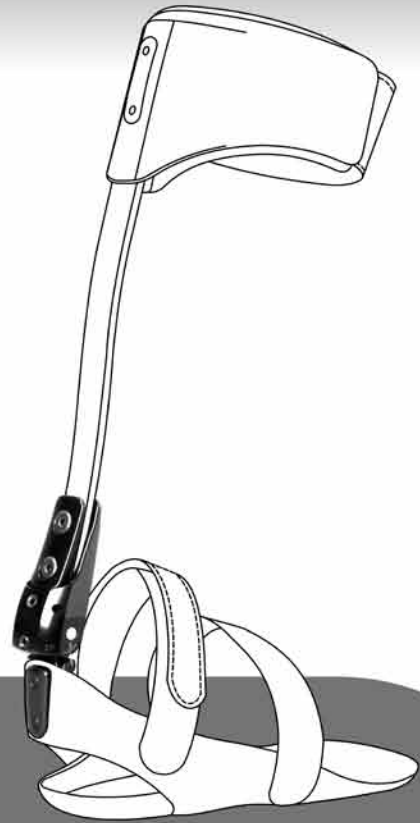


2014年度グッドデザイン賞を受賞しました。

RAPS

Remodeled-APS

リハビリテーションに役立つだけでなく、
退院してからも使い続けたいとなる装具を
目指して、RAPSが生まれました。



『できる』という喜びのために



摂食訓練の姿勢調整を、再現性を保ちつつ
簡便に行うことが可能となりました。

もう一度「食べる喜び」を実現する車椅子。

Swallow Chair

 東名ブレース株式会社

<http://www.tomeibrace.co.jp>

TEL : (0561)85-7355



骨粗鬆症治療剤

劇薬 処方箋医薬品^注

薬価基準収載

ボンビバ[®] 静注1mgシリンジ

Bonviva
ibandronate

イバンドロン酸ナトリウム水和物注
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」などについては添付文書をご参照ください。



発売【資料請求先】
大正富山医薬品株式会社
〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1
お問い合わせ先：お客様相談室
☎ 0120-591-818

製造販売元



中外製薬株式会社
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

Roche ロシュグループ

【資料請求先】 医薬情報センター
TEL.0120-189706 FAX.0120-189705



あなたの“いつも”を
やさしくサポート

乳腺術後の補整用品から、リンパ浮腫治療の弾性着衣まで。
ユコー株式会社は、治療中から治療後までお使いいただける
製品を幅広くご用意しております。

トータルプレストケア・サービス
ユコー株式会社

【お客様サービス室】〒116-0013東京都荒川区西日暮里5-6-10大橋ビル2F
【TEL】 0120-20-2658(9:00~18:00/日・祝除く) 【FAX】 0120-80-2658(24時間)
【URL】 <http://www.yukor.co.jp/> 【Email】 yukor@yukor.co.jp

電気刺激治療と超音波治療、さらにコンビネーション治療、 3つの治療をコンパクトにまとめた治療装置

Physisystem

コンビネーション治療装置 CT-7 フィジシステム

低周波治療器・干渉電流型低周波治療器・超音波治療器組合せ理学療法機器
認証番号：227AABZI00018000

■ 電気刺激治療

・9通りの電流波形でさまざまな症状に対応

高電圧 / ロシアンカレント / 4極干渉 / 微弱電流 / ガルバニック電流 など

治療プロトコル
41通り 搭載

■ 超音波治療

・パルスモード・連続モードで急性期から慢性期まで対応

治療プロトコル
25通り 搭載

■ コンビネーション治療

・電気刺激と超音波刺激を同時に出力することで、コンビネーション（併用）治療が可能

治療プロトコル
2通り 搭載



CT-7S1A
¥2,180,000
(税抜価格)

脳卒中などの脳血管疾患患者および運動器疾患患者の リハビリテーションの可能性を広げる

IVES®

電気刺激装置 GD-611 アイビス

低周波治療器 認証番号：224AABZX00131000



運動指令

運動指令により発生した筋活動電位を読み取る

筋活動電位に比例した電気刺激を出力する

豊富な治療モードで患者さまの状態や症状に幅広く対応

IVES+
アイビスプラス GD-611
¥527,000 (税抜価格)



シンプル・コンパクトで在宅での継続的なリハビリに対応

IVES
アイビス GD-612
¥104,000
(税抜価格)



2015年5月 新ブランド「オージーウエルネス」誕生。



OG Wellness マジメに元気。ココロで笑顔。

OG

検索

“OG”で検索!

www.og-wellness.jp

オージー・技研株式会社

□ 本社 岡山県岡山市中区海吉1835-7 Tel. 086-277-7181 □ 休日受付コールセンター 休日専用【土・日・祝日・年末年始】 受付時間【9:00~17:00】 ☎ 0120-33-7181
□ 事業所 札幌・盛岡・仙台・新潟・埼玉・千葉・東京・横浜・名古屋・金沢・大阪・神戸・岡山・高松・広島・九州・鹿児島・那覇

