



日本リハビリテーション医学会ニュース

リハニュース No.51

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

特集

日本リハビリテーション医学会 設立50周年記念座談会

フロンティアからフロンティアへ

はじめに

菅 本日はお忙しい中、遠方より来て頂きまして、ありがとうございます。リハ医学会は、1963年に日本医学会の第56の分科会として承認され、2013年に設立50周年を迎えます。リハ医学会では、この50周年記念事業の準備委員会を立ち上げ、その準備を進めています。本日はその一環ということで、座談会を開催させていただくことになりました。

長谷川 司会は、市立函館病院の長谷川と、**緒方** 鹿児島大学の緒方です。よろしくお願ひします。

目次

- 特集：日本リハ医学会設立50周年記念座談会「フロンティアからフロンティアへ」
「歴代理事長、大いに語る!!」……………1-12
- 「公益社団法人」への移行について……………13
- INFORMATION：50周年キャッチフレーズ・ロゴマーク公募、評価・用語委員会、編集委員会、データマネジメント特別委員会、関東地方会、中部・東海地方会、近畿地方会、九州地方会……………14-15
- リハ医への期待：脊髄小脳変性症・多系統萎縮症のリハビリテーション……………16-17
- 専門医会コラム：関東地方会新専門医交流会、第6回学術集会所案内……………17-19
- 医局だより：出雲市民リハビリテーション病院……………20
- REPORT：第55回日本リウマチ学会、STROKE 2011……………21
- お知らせ、広報委員会より……………24

広告：医歯薬出版(株)、ノバルティスファーマ(株)、武田薬品工業(株)、グラクソ・スミスクライン(株)、第一三共(株)、東名プレス(株)

長谷川 この座談会はテーマを「フロンティアからフロンティアへ」と掲げました。日本のリハ医学をつくられた先生方と、現在それぞれの地方の最前線で診療していらっしゃる若手の先生方との座談会ということです。リハ医学会員の先生方の診療の力となるような座談会にできればと考えています。

長谷川 最初に自己紹介を致します。市立函館病院に勤務しております。専門医を取ってからはほとんど一人科で診療しております。普段は一人ということもあり、本日は先輩、若い先生方とお話できることをとてもうれしく思っています。

緒方 鹿児島大学は国立で最初に講座ができたところです。現在の勤務は50床のリハ病院ですが、本当に田舎にあって、地域の病院としての役割も果たしているので、外来は内科として働くことも多いです。今日は、皆さんのご意見をたくさんお聞きしたいです。

西村 静岡県西部にあります急性期の聖隷三方原病院に勤めております。うちの病院は、急性期の病院の中に一般病棟、リハ科の病棟があり、主治医として患者さんを20人から30人ぐらい診ております。リハ科のドクターは3人おまして、急性期に入院した患者さんで、自宅に帰るのにもう少しリハが必要だという方をリハ科で診たり、近く急性期の病院から転院して自宅に帰っていくという感じです。同じ病院の中の他科の患者さん、例えば嚥下障害があ

り、リハ科で診てほしいということがあったら、評価し、対応しています。毎日忙しい診療をしておりますけれど、このような機会にはほかの先生方のお話を聞かせていただいて、今後の診療の助けになればと思っています。

酒井 島根医科大学を卒業して、整形外科に入局したんですが、もともとリハに興味がありまして、慈恵医大にお世話になり、リハ全般を勉強させていただきました。116床の出雲市民リハビリテーション病院で勤務しております。島根県は県東部に人口が集中しているんですけども、県立中央病院と、大学病院の2つの大きな急性期病院からの受け皿として、脳卒中、骨折の患者さんを主に受け入れています。うち結構構われていて、6名のドクター、リハ科専門医2名、認定臨床医が2名います。私は外来とか、全般的な管理業務も行ってますが、結構ばたばたと悪戦苦闘してやっています。

清水 川崎医科大学付属病院を卒業しまして、まだ専門医は持っていません。現在は川崎医科大学の回復期リハ病棟の主治医として勤務しています。主に回復期リハ病棟の患者さんを診ています。今日はよろしくお願ひします。

中村 私が大学を出たのは1960(昭和35)年です。東北大学の名誉教授と、東北文化学園大学の大学院の客員教授です。もう一つは、リハ病院の顧問という格好で、診療しています。あとは、以前の著書の改訂を行っています。



日本リハ医学会設立 50 周年記念
事業実行委員、広報担当理事
関西医科大学附属滝井病院



司会、広報委員
市立函館病院



司会、広報委員
鹿児島大学病院
霧島リハビリテーションセンター



聖隷三方原病院
2003 年卒
2009 年専門医取得

司会 **菅 俊光 氏**

長谷川 千恵子 氏

緒方 敦子 氏

出席者
(発言順) **西村 立 氏**

平澤 中村先生は「入門リハビリテーション概論」を著しておられ、本来のリハビリテーションエキスパートです。私は亜流というのか、ちょっと世界が違うところから入ってきました。

中村 同じですよ。

平澤 先生の昔の座談会をみると、先生は神経科学をやっておられた。

中村 そうですね。その前は、整形外科で、関東労災病院や整肢療護園で脊椎損傷患者、ポリオや脳性麻痺の児童を受け持っていたこともあります。また、茨城県立中央病院整形外科医長のときは、脊椎カリエスの患者さんが数人いて、その社会復帰は手探りの状態でした。付属看護学校の教育には、リハはあるのですが、それは放射線医学の一部として行っていたのです。

平澤 私はどういうふう違うかというところ、卒業が1963(昭和38)年ですから……。

菅 1963年ということは、リハ学会の設立と同じということですね。

平澤 そうですね。私の育ったところは、「雨ニモマケズ」の岩手県です。京都府立医大に来てからあまり日本語が通じなかった(笑)。おかしいなというわけで、私は劣等感を持って、英語、ドイツ語、フランス語、ラテン語を勉強しまして、4年生くらいから、1500ページくらいのTextbook、内科はCecil、外科はChristopher、産婦人科はEastmannの原著を読んで勉強して、京都から逃げようと思ったんですね。当時インターンがおりまして、横須賀の海軍病院が公募されていたので、それを受験したんです。たまたま16名受かった中で私が首席になってしまって、大変難しい世界に入ってしまった。東大から4人入って、あとは北大、岡山大などの大学。24時間労働で、とにかく日本語なし。日本語をしゃべると「Ten

yen please」といわれて10円ずつ取られるんです(笑)。何に使うかと思ったら、卒業式のときにパーティーを開くとか言って、絶対日本語はだめ。これは大変だった。過労で16人のうち9人入院しました。でもその間に医師留学のためのECFMG試験も通らして、母校の大学に戻ってきた。ところが、旧態依然としておるんですね。そういう世界がいやで、2年目で大学院をやめてアメリカへ飛んだんです。

リハ医学の歴史

中村 東大の医学部には、物理療法内科学がありました。学部教育では水治療法しか記憶に残っていません。リハという言葉は、広まっていなかったと思います。整形外科では、高木名誉教授の時代から「療育」であり、肢体不自由児事業でした。障害児の就学問題では悩んだ記憶があります。療護園の医局にはRuskの本もありましたが、Cruishankの脳性麻痺を読んでいました。

平澤 当時は中村先生が言われたように、リハビリテーションはPhysical medicineで、物理療法が中心だったんですね。学会創設当時は温熱療法、電気療法、それからマッサージ士が随分幅をきかせていて、これはまずいなと思った。整形外科も新しく、ちまたには骨接ぎ屋さんもおるし、この現状はよくないというわけで、私はカリフォルニア大学(UCLA)に逃げたんです。UCLAでは整形外科とリハセンターに研究室を与えられ、新しい広大なリハセンターでは種々の実習を経験して、2年目には「医師のための義肢装具の研修会」を受講し、試験で“A”級の証書を頂きました。研究面では、「Journal of Neurosurgery」や「Archives of Neurology」に2年間で4つの論文をまとめました。その後、Harvard大学では関節手術と術後リハを学

びました。レントゲン教授がおられたことで有名なドイツの大学では客員教授として「運動器」リハと「靴」文化の結びつきを学びました。どうやら遠巻きに日本のリハ医学会の進歩を眺めていたことになります。

長谷川 リハ医学会ができた頃のことは、私たちは全く知らないんですけども、そのことをご存知なのは中村先生かと。

中村 その辺は、100年くらいのスパンで見たらどうでしょう。1920年代には、J Physical Medicine and Radiologyというのがあります。私が1979年に東北大学に赴任した時は、医学部附属温泉医学研究施設長の併任辞令も交付されました。もっとも担当したのは、リハ医学部門でした。中世以降、欧州の温泉療養施設では、温水プール、遊戯室(カード遊び)、舞踏室が3点セットとなっていたのです。そのような位置づけが温泉医学(あるいは物理療法内科)であったのです。転地療養や温泉地療養です。また、高地(低地)療養が実施されたのです。現在のリハに連なるのは、連合王国ではcreative workshop、わが国では更生医療と職業訓練でしょう。

長谷川 できたところのリハ医学というのは、そういうものから構成されていたんですか。

中村 障害児・者をめぐる対策には、各国に独自の歴史があるようです。因みに、わが国で医業において広告できる診療科名にリハビリテーション科が加えられたのは、1996(平成8)年、医療法施行令一部改正によるのです。リハビリテーション科は「運動機能障害及び精神障害等の障害者を対象として医学的リハビリテーションを実施する診療科」と定義されました。

現在のわが国におけるリハ

長谷川 中村先生、平澤先生のお話を聞いて



出雲市民リハビリテーション病院
1997年卒
2003年専門医取得

酒井 康生 氏



川崎医科大学
2007年卒

清水 五弥子 氏



東北大学名誉教授
東北文化学園大学大学院客員教授
医療法人のぞみ会希望病院顧問

中村 隆一 氏



京都府立医科大学名誉教授
明治国際医療大学大学院教授
付属リハセンター長

平澤 泰介 氏

て、普段の診療からは思いもよらないというのが正直なところじゃないかと思うんです。現在の診療現場では、リハビリの内容が運動だけじゃなくて、嚥下障害であったり、高次脳機能障害であったり、がんのリハビリなど、様々な疾患のリハビリであったり、リハビリの内容がどんどん広がる中で、アップアップしながら診療している状況もあると思うんですけれど、その辺で何か。

酒井 リハ医のカバーする領域が、廃用なんか含まれると、ほぼ全科の疾患みたいなところに広がってきて、そういった疾患のことやら広く知らないといけませんし、また、新しいリハをやったときには、検証する作業も必要になるので、本当に取り組むことが多すぎて、どこに焦点を当てていったらいいか迷うこともあるんです。

清水 最初は、ただリハ医療は楽しい、興味深いと思って入ってきたんです。まだ専門医は持っていませんけれども、余りにいろんな範囲もありますし、最初からリハ科に入ったので、なにも専門がないのではないかと目で見られるんですよ。これからどう変わっていけばいいのか、どういふふうな役割を担えばいいのかというのが悩みです。

平澤 いろいろ意見はあると思いますが、リハ医学も三次元の座標で考えてみる。縦軸に種々の疾患により派生するリハの流れがあり、横軸には筋力低下や歩行障害などの障害に基づくリハの流れがあり、さらに立体的に時間軸があって障害予防にはじまり、急性期、回復期、維持期、そして生活期への流れがある。この三次元の世界を全体として包むようにリハ・アプローチがある。その中心に心身の統合体である人間（患者）がおり、全人的な復権を目指して、全人的（holistic）な心のこもったアプローチが行われるのがリハ医療と考えま

す。疾患単位だけでなく、広い視野で全人的な対応としての医療を提供するチームアプローチのリーダーがリハ科専門医であると考えますと、とても魅力のある分野とします。

清水 そうですね。そのとおりです。

平澤 最初のところで言うべきでしたが、東日本の震災でリハのニーズが非常に増えてきたということで、この間大阪で学会主催の研修会がありましたね。皆様の災害復興支援に感謝します。これを機会に大災害のもとでも対応できる災害時リハ、情報管理から最後の外国へのお礼状まで全部システムティックに行って、教育としては災害時に対応できるリハ医を養成することも考える。さらに地域差の大きな「地域リハ」に関しても配慮して開業医・かかりつけ医の「リハ・マインド」を高める啓蒙活動も学会として力を入れてくだされば理想的ですね。

菅 50周年に関してキーワードが幾つかありますが、社会への還元ということで、震災に対することも取り組んでいくことになっております。

平澤 このディスカッションのテーマがフロンティアでしょう。私は日韓リハビリテーションカンファレンスの会長をしたんです。その時の抄録集は「ニューフロンティア」という形で出しているんです。リハ医療は“最先端の医療”であり、“境界領域”の先生達や種々のコメディカルの方々とも仲良く交流しながら、患者の人間らしく生きる権利も復権させる仕事と考えたのです。その意味でフロンティア精神に溢れたリハ医の活躍の場は無限であると考えました。

長谷川 その辺について中村先生は。

中村 全人的アプローチが何を意味しているのかが分かりません。1950年代の米

国におけるwhole-man theoryであれば、Menninger、Rusk、Kesslerや、Schwitzerの一連の活動を思い浮かべますが、1970年代にはIL（自立生活）運動へ移行したと思います。whole-man theoryでは、障害者のパーソナリティを問題視したわけです。障害者にかかわる問題への対応が行政的には複数の分野に分けられ、統一されていないことを意味するのでしょうか。わが国でも、日常生活のための心身機能は医療関係、就労は労働関係、保護などは福祉と窓口が分けられています。わが国では、日清、日露戦争後の失明兵士の三療（按摩・鍼・灸）の職業訓練でしょう。その後、肢体不自由児の療育です。精神科領域も似た問題を抱えます。また、バリアフリー新法もありますが、展開が遅れているように思えます。欧米先進国の大都市は、各ブロックの距離が大体は決まっています。視覚障害者も、何ブロック歩いたと分かる。わが国では、そのようには都市が作られていません。そのような議論抜きに、都市計画はできないはず。バリアフリーが何を意味しているかが、国民に浸透しているわけではないようです。

長谷川 西村先生はもうちょっと制度がこうであつたら、というようなことをお感じになることもありますか。

西村 今、介護認定審査会にでている、いろいろ話をしているんですが、人それぞれもっている問題は違って、要介護3だからこういうものは使えるけれども、実際にはこの人はこういう病気だから、実際に使えるものとこの方の病気が合っていないという感じがすることがよくあるんです。そうやって会議をやって、医者とほかのコメディカルのほうから訴える機会があると、僕らのほうで少し制度を変えていくということができると思うんです。忙しさ

にかまけてそういうこともしていないというのがあるのかもしれないんですけど。

平澤 急性期にもっとこうしてくれたらいいのという悩みはないんでしょうか。

西村 私の病院は、急性期の病院のなかに、回復期のベッドがあるので、急性期の先生ともいろいろと議論をしながらリハビリをできるというよい環境ではあるかなと思うんです。

平澤 ちょうど4ヵ月ほど前に、50歳くらいのコンピューターをやっている男性が脳梗塞になったという情報が入り、すぐに行って診たら、左側の半身不随なんですね。神経内科のMRI所見では典型的な梗塞領域で、麻痺は進行形ということで。「全然動かない。どうして動かすか忘れまして」と言うんですね。私はポータブルの低周波刺激を持ってきて麻痺側の上下肢を、病状に影響しないよう配慮して刺激してみました。それから3日経っていったら、「なにか動きます」という。「先生、外してください」というから外したら、ちょっと動き出した。「一緒にやって同調したら」といったら「あっ、動きました。思い出しました」と言うんです。血栓溶解薬の効果、病巣の“ずれ”、なども考えられ、脳外や神内の先生達には「先生達のおかげで」と申しておきました(笑)。現在では麻痺は完全に回復しており、患者さんからは大きな信頼を得ました。だから、リハというのは最初からアプローチするのが本当ではないか。障害者ではなく障害予防ですよ。それをまずやるべきだと思う。

よく、ジャーナルをみますと、リハ医が初動期、最初のころに姿が見えないことが多いというんですよ。何か障害が起こってからでてきている。そうではなくて、それだけの知識があって、リハマインドもあるんだったら、最初から行って、起こったときから診てあげれば、患者さんだって親し

くなれる。リハ医がこういういいことをやったんだよということをアピールするシステムがあってもいいんじゃないか。余りにもおとなしすぎるんじゃないかなと思います。

長谷川 酒井先生、こういう風にしてくださいとか、回復期から急性期に言ったりするんですか。

酒井 私は大学に手伝いに行ったりしているので、その場で診ていた患者さんがうちに来たりという流れがあるんです。最初の姿を知った状況で回復期を診ると言うのは非常にいいですね。

緒方 急性期の先生方も、リハ医に急性期からかかわってほしいと結構言われるんです。私たちも、脳外科で研修したこともあるので、脳外科にリハ医をくださいと言われるんですけど、なかなか人がいなくて行けないという現状です。急性期にもっと関わってほしいと結構いわれますよね。

清水 川崎医大は、ストロークのユニットがありますので、急性期、初日からリハ科が一緒に入るようにしています。そうすると、初日から関わっているので、スムーズに行くと思います。でも、全部の科にというのは難しいので。

平澤 もう1つ、最近の悩みがあるんですよ。私の指導教官だった外科の先生が脳梗塞になりまして、この間お見舞いに行ったら、「維持期になって半身不随の状態はこういう形のままだよ」と落ち込んでおられました。「維持期」という言葉も悪いなと思ったんです。先生が車椅子だったから、一緒にパーティーに行きましようと言って、車椅子で夕食会に連れ出しました。これは「維持期」じゃない、「積極生活期」とか、「活発生活期」とか、そういう言葉で言えば、患者さんにとっては励みになると思うんです。

長谷川 ICF (国際生活機能分類) では、

参加の制限だけでなく、参加そのものを評価するという形で、プラスの面も評価するようになってきていると思うんですけども。

平澤 大先輩のその先生に、「おれは障害者か」といわれて、「先生はなにも悪いことしていないですよ。差し「障」りも、「害」もないですよ」といつてみたのだけど、患者さんにとって「障害」という言葉ははずしとくようです。「廃用」は「役立たず」という冷たい感じがしますね。社会復帰、生活復帰までを診るのだったら、もう少し優しい、わかりやすい言葉を使いたいものですね。一緒に考えてみませんか。

研究活動へのアドバイス

長谷川 診療のお話をしばらくしていただきましたが、研究に目を向けたときに、お二人の先生にぜひその辺のお話を。大学病院の先生もいらっしゃいますし、民間の一般病院の先生もいらっしゃいますので、何か。

緒方 私も一応大学という立場なんですけれども、私は臨床がほとんどなので。同じ科でも、基礎的な研究をしている人もいます。ただ、リハ科というと、やっぱり臨床的な研究が多いと思うんです。若い先生たちも今からどんどんしなないといけない。

平澤 今、「運動」をテーマに2つのプロジェクトを進めています。1つは直立歩行になって、母指対立筋が発生して、ピンチが可能になりました。fMRIでピンチ運動によって脳内血行が増えることがわかりました。指を使うことで脳が発達したことがわかります。この指の「巧緻運動」によって脳の血行を増やし、脳と心の老化を予防したいと思っています。2つ目は運動器ことに頸・膝・腰の老化予防についてです。抵抗運動やストレッチングを含めて、どのような運動を“若いころから”続けければ、運動器の老化防止とつながりsuccessful agingが得られるか、そのevidenceを出したいと思っています。

このように、好奇心を持って身の回りの現象をとらえて仲間とともに共同で研究することも1つの方法と考えます。

中村先生、私は先生の「基礎運動学」を勉強していままで来ています。

長谷川 「基礎運動学」を読んだことがないリハ医はいない。みんなぼろぼろになるまで読むと思うんですけど。

中村 個人的な意見ね。大事なことは、まず第一にフィロソフィーを持つことだと思います。それから、それを支えるわかり方、モデルですね。広く医療とえば、予防があって、治療があって、リハがあるといったときに、予防とリハは健康管



理なんですね。リハは、〔病因-病理-発現〕の医学モデルに従うのではなく、〔心身機能・身体構造-活動-参加〕の障害モデルに立脚すべきでしょう。ところが、大学とか急性期云々という、治療医学の中に入っているという自覚のほうが強くなっていないか。併用しなきゃいけないわけですね。

それから、私は個人的にはICFのサポーターの立場に立っていますから、その中で一番大事なのは、社会に戻ってなんらかのロール（役割）がないと元へ戻ってしまうということに対して、家族や地域社会がどうサポートしてゆくか。

酒井 田舎だと、役割という農業だったりということになると、障害イコールそれを失うみたいな状況があって、そこをどう変えていったらいいか、なかなか……。

中村 健康増進だし、健康という資産をつけさせろという意味ではリソースなんだよと。そういうのをリハと呼ぶか呼ばないかは別としても、そういうところへもっとコミットしていく必要がある。そのときに、医者でござい、治してあげますという顔はだめなんです。参加する（participation）、普通の社会への参加です。それがICFの大きなテーマ：disability preventionに連なる。そのために、モデルの枠組みができています。疾病治療で治すことをリハと呼ぶ必要はないでしょう。現状より落ち込まないように受け止め、押し上げようという意識を持たないと、高齢者には対応できません。東北時代のいろんなリサーチでもそうですが、同じ機能レベルで帰った人の1年、2年後の機能は、家族内で役割を持っているかないかで全く違っちゃうんですよ。家族のエデュケーションが大事になってくるわけですね。大学の中で、また公営の病院に送ればいいんだというふうに見ている限り、何も見えないんですね。それに対して、各教室がとことん診られるようなネットを張らないといけないんじゃないか。

長谷川 研究にしても、治療というものだけでなく、社会そのものに対してアプローチできるような研究までリハ医療は本当はやっていくべきだと。

中村 結局リハビリテーションの研究というのは、1つは関係性を追いかけていくというテクニックしかないんですよ。還元して病理を治せばよくなるんだという発想ではできない世界です。ある機能レベルに達したら、それをメインテナンスしていけるだろうか、そのための役割、環境をどうやっていくか。

あと、皆さん、うんと古いという意味ですけれども、慢性期の方をどうしようかという世界にも片足を突っ込んでみてくだ



さい。要するに、なにかを治して帰るんだよというのではない世界があるわけですね。

平澤 広い立場から見て、よい研究を増やすには、環境づくりが大切だと思います。まず、大学のリハ講座を増やすべきです。講義・実習を通してリハ医療の魅力を学生に教えてほしい。アメリカでは158校中102校、韓国では41医科大学中すべてに講座があり、卒後研修のプログラムを実施して入局者を増やしています。日本は約25%です。

入局者に関しては、時代が違うかもしれませんが、私の留学していたアメリカ、ドイツの大学と連携して海外研修制度を提案しました。12年間の教授職の間、160名ほどの新入医局員がありました。しかし今の新臨床研修制度の下では夢のような話ですけど。医療制度に対する地道な努力も必要でしょうね。

今の若手医師は少し内向的なのでは。「今はインターネットで即座に情報が入る、そんな苦労は必要ない」という人もいます。だけど、やはり言葉の通じにくい外国で苦労してみないとその意味が分からないと思います。

12年前、本学会に理事として国際委員会を創設させていただきました。そして海外交換フェロウシップなどをつくりました。国際交流を活発にしてglobalな“人間性豊かな”リハ医を増やしてさらに魅力ある臨床医学に発展してほしいと願っています。仲間を増やして、外界との広い交流によって研究活動も活発になると信じます。

長谷川 リハ医療は本来、学際的な性質をもっていますから、私たちがそういうものを強みにして研究、臨床に生かしてゆけれ

ば、リハビリの医療が面白みも増してくるし、研究のテーマも増やしてゆけるのかなと思いました。

おわりに

長谷川 リハビリテーションは、予防、健康増進、慢性期であったり、回復が得られない状態でも、最後まで人生を全うすることについて、医療以外の制度にもエビデンスを出してゆく、そういうことを期待されていると感じて、責任も重大だなと感じました。今日の座談会を通じて、どのようにお感じになりましたか。

清水 今日はありがとうございました。リハ医療ほどのチーム医療はないと思っていて、それゆえにいろんな悩みもありながら働いているんです。自信を失うことも多くありますが、今日はいろいろお話を伺って、リハ医として誇れるところもありますし、また明日から自信を持って働いていこうという気になりました。

西村 先生方の話を聞いて、僕がリハ科医になったきっかけを考えてみたんですけども、一次予防、病院に入院している患者さんだけじゃなくて、その前の方々にもアプローチできる、もちろん、病院から退院された方々にもアプローチできる、そういう幅広いアプローチができるところに魅力を感じてリハ科医になったんじゃないかなと思ったんです。

いろんな守備範囲、領域があって、リハ科になって、その中で自分のやりやすいところというか勉強しやすいところを選んでゆくというアピールができればリハ科医はこれからも増えてゆくのかなと思いました。今日はお話を聞かせて頂いて、リハ科

医になった原点を思い出し、非常に有意義でした。ありがとうございます。

酒井 今、医療は時間でぶつ切りにされる時代になっていて、中村先生から、維持期というか安定期をみてゆくようにというお話もありましたけれども、もう少し広い視点で患者さんを見る目が大事だなと感じました。

心に残ったのは、平澤先生のお話で、随意運動のない片麻痺患者さんに対し、急性期に通電したことで動かし方を思い出したというところ。リハ病院を出た後にどうなったか、なかなか診られないこともありますし、リハビリの効果が生きていないこともある。そのようなことを以前指摘され、考えさせられた経験がありますが、今日は先生のお話を聞いて勇気づけられました。

中村 医者というのは患者さんと一対一ですから、ミクロの世界だけしか意識の中心

にないんですね。リハはそれをやると失敗する。リハの場合は、その人の家庭、社会という世界のなかでどういう状況がつかれるか。よく若い連中に言ったんですが、片方は還元主義で、こちらは全部アソシエーションとも関連として統計処理でしか答えは出せない。家族の特性から職業からチェックしてあるか。それが抜けているとどうしていいかわからないじゃないか。そういう形まで十分に配慮できるようなドクターを作り上げてゆくのは、クロニック・ディジーズ・モデルのなかでは絶対必要です。「PT・OTに指示するのがリハです」になったら、何をか言わんやになってしまふ。実体験上の感覚からもそう思っております。

緒方 私も、患者さん全体を診たい、自分自身もいろいろしたいと思ってリハ科に入って、患者さんだけじゃなくて、社会の

ことも見てきたつもりですけど、今日いろいろなお話を聞いて、患者さんを見るだけではなくて、エビデンスで社会に貢献しないといけないのをすごく感じました。これから今日のお話を生かしていきたいなと思っています。ありがとうございます。

菅 本日はどうもありがとうございます。リハ医療といいますか、その視野が非常に広がったのではないかと思います。明日からの医療にも昨日と違った目で皆さん向かえるのではないかなと思います。本日は本当に有意義なお話をありがとうございました。

長谷川 それでは、時間も押してまいりましたので、本日の座談会はこれにて終了させていただきます。本当に皆さん、どうもありがとうございました。

歴代理事長、大いに語る!!



日本リハ医学会設立 50 周年記念事業実行委員、
広報担当理事
関西医科大学附属滝井病院

司会 **菅俊光氏**



日本リハ医学会設立 50 周年記念事業実行委員、
専門医会幹事長
横浜市立大学大学院医学群

菊地尚久氏

はじめに

菅 日本リハ医学会は1963年に日本医学会の第56分科会として承認されまして、2013年で設立50周年を迎えることになりました。リハ医学会ではこの50周年記念事業の準備委員会を立ち上げて準備を進めている最中です。その中で、今回このような50周年記念の座談会を開催させていただくことになりました。本日は、リハ医学会の理事長としてリハ医学会を牽引されただけでなく、わが国のリハ医学の発展、普及にご尽力いただきました米本先生、千野先生、江藤先生にお集まりいただき、いろいろとお話をお伺いしたいと思います。

また、インタビューとしてもう一名、菊地先生にお越しいただきました。

本日の座談会としては、これまでの50年、これからの50年、若手リハ科医への助言、リハ医学会設立100年に向けてなどの項目を考えてみました。

本題に入らせていただく前に、ご挨拶を含めまして設立50周年のお祝いの言葉などいただけたらありがたいと思います。各先生、よろしくお願ひいたします。

米本 設立50周年節目として、我々、リハ医学会のすべての会員がお祝いし、さらなる発展のために皆が力を合わせようという時期だろうと思います。皆さんと共に大いに祝いしたいと思っています。

千野 あっという間に月日が経ってしまったことを実感しています。米本先生がおっ

しゃるように、50年というのは短いようで長く、長いようで短いですが、こういう機会にここまでリハ医学会をつくってくださった先達と申しますか、先輩のご功績を皆でつぶさにもう一度見直して、温故知新のとおり、さらにこれをワンステップとして次の世代に移していくことが必要だと思っています。

江藤 先輩の米本先生、千野先生がもうお話しされたとおりですけれども、すばらしい医学会に育ってきて、ちょうど50年。これからの50年に向けて非常に大切な時期をある意味では迎えている気がします。本当に喜ばしいことです。50周年を皆さんとお祝いしたいと思います。

菅 ありがとうございます。

歩みを振り返って

菅 それでは、本題に入らせていただきたいと思います。まずはリハ医学会、これまでの50年についてお話いただければと思います。特に、ご自身の理事長時代の御苦労話であったり、何か特に力を入れられたことなどをお話いただければと思います。米本先生いかがでしょうか。

米本 リハ医学が教育されている大学が少ない状況の中で、医学生たちにどうしてもリハ医学を学ばなくては行けないと思わせるには、まず国家試験への出題と考えました。1992(平成4)年までは整形外科学会からの2人が国家試験の出題委員になっていました。翌年からその中の1人と替わり、



東京慈恵会医科大学名誉教授
日本リハ医学会元理事長
(理事長在任：1994～1998年)
第28回日本リハ医学会学術集会会長
(1991年5月)

出席者
(発言順)

米本 恭三 氏



永生会永生病院名誉院長
日本リハ医学会元理事長
(理事長在任：1998～2004年)
第31回日本リハ医学会学術集会会長
(1994年6月)

千野 直一 氏



国立障害者リハビリテーションセンター総長
日本リハ医学会前理事長
(理事長在任：2004～2008年)
第41回日本リハ医学会学術集会会長
(2004年6月)

江藤 文夫 氏

私が1997(平成9)年まで出題委員を務めました。その後は当時のリハ医学会で教育担当の理事をされた佐藤徳太郎先生が引き継いでくださいました。委員をやめるときには出題基準をつくるのですが、その中にしっかりリハビリテーションを入れました。それを見てリハ医学を学ばなくてはという感じになってきたと思います。

千野 標榜科になったのは1996(平成8)年です。その辺で絡んできますね。

米本 1994(平成6)年、我々にとって最もエポックメイキングであったのは、標榜診療科のことで、1994年のときに医療審議会の中に診療科名の標榜専門委員会ができたことを知りました。その当時は標榜科が33しかありませんでした。リハビリテーションはその中に入っていなかったので、診療報酬1つにしても、自分たちの働きは全部、整形外科、内科などの中で算定されていました。

そこで当時、診療科名標榜の関係先へは常任理事と手分けして、リハ科標榜の必要性を説いて廻りました。翌年の1995年に健康政策局へ要望書を出して、その後、ヒアリングになりました。ヒアリングでも、たくさんの学会が要望してきた中から、24ぐらいに絞られた中の一に残りました。

千野 それまでは標榜科というのはずっと議員立法で通ったんです。議員立法だから、個人的に献金するなども行われていたと聞いていました。それで、フェアにやらなきゃならないということで、新しい標榜科は10年以上何もつくりなかつた。しかし、必要なものを絶対入れるべきだとの機運が高まりました。一方で、標榜するのであれば、診断と治療の方法をきちっと謳わなければいけないということで、そのときに何人かが集まって要望書を書きました。そ

れで、ヒアリングがうまくいったということです。

米本 あのときに認可されたのは、リハビリテーション科、心療内科、リウマチ科、アレルギー科、歯科・口腔外科の5つですが、それ以後は全然増えていないんです。あの時に診療科になったことで診療報酬も独自に算定されるようになりました。

千野 国が認めてくれた標榜科というのは「診断と治療」に関してその内容がきちっとあるかどうかということが最も大切です。今のリハ医学会会員の皆さんの中にも、このような重要なことを知らない人が多いのではないのでしょうか。今回、そういうものも浮き彫りにしていただきたいと思っています。

米本 診療科の次は科研費の細目の掲載が目標になりましたね。

江藤 基本的に21世紀に向けて全面的に見直す作業が始まっていた。それとちょうど呼応したんです。実務をやったのは多分僕たちです。

米本 最初は時限の細目でした。

江藤 それを生かして、ちょうど全面的に見直すという中に、複合領域を立ち上げる構想があったんです。

米本 あれも大変な作業でしたね。ちょうどタイミングよく新しい細目を作る年度に当たっていたものですから、それと始めたわけですね。

千野 あれは仮の時期が2年あったんですか。

江藤 いいえ。時限での3年では、そのデータの整理で大学に結構いろいろ協力を求めたんです。露骨に協力できないとおっしゃる大学もあつたり、大変でした。でも、皆さん、協力してくれた。

菊地 学会誌に、出してくださいと出てい

た記憶があります。

千野 そうです。1つでも多く欲しいというので、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)の協会にも声をかけたりしました。

江藤 そういうPT、OTの学科中にも講座ができて、それで、後期課程までつくれるような時代になってきた頃です。ただ、その後の質はどうなっているかで若干心配です。

米本 要望書にはリハ医学会、それからPT協会、OT協会の3つの団体が一緒に名前を並べて要望したんです。ですから、あのときに「リハビリテーション科学」とした意味がそこにあるんです。それが複合領域になってもっと広がったんです。

千野 福祉工学も入った。

江藤 そうです。その時点でキーワードとか、いろいろ議論があったんです。リハ工学とそれから医学と2つ含めてリハ科学みたいな感じになったんです。福祉工学の名称でやはり工学系はそういう学術会議なんかでは大きい力を持っていて、それが1つできて、だから、2つあります。

千野 あれはずっと続いているんですか。

江藤 続いています。少しキーワードが増えて、そこに皆さんが出せるようになったんですけども、査読している人から漏れ聞くうわさだと、質に関してはもっと頑張ってもらわなきゃ。

千野 程度が問題ですね。最近は、むしろリハ医よりも基礎でもっといい仕事をやっているPTのところも出てきています。

米本 先生が言われるように、審査する側の方たちの話を聞いていますと、頑張ってる質がよく、もっと高額申請を出してくださいと言うんです。科研費はみんながたくさん出さないとやはり通る数も少なくな

りますので、各大学や研究所、センターなど、出せるところは積極的に申請を出していただいたほうが良いと思います。

菅 今後の方々に、私たちを含めて強いメッセージであるかと思えます。

今までのところをちょっとまとめさせていただきますと、国家試験へのリハビリ医学の出題、それから標榜診療科、あるいは今までの科研費の細目に採択されたところが先生方の大きな功績であったかと思えます。

わが国のリハビリ医学

菅 そこで、次の話題に移りたいと思えます。例えば昨年鹿兒島での第47回学会の時に千野先生がDr. Krusenからのメッセージというところで講演されましたけれども、今までの歴史の中で米国や海外のリハビリと比べて、日本のリハビリ医学はさまざまな違いがあるかと思うんですけれども、そのあたりについてはどうでしょうか。

千野 私は個人的には日本でのリハビリの実情を知らないまま、医学部を卒業して直に、アメリカのリハビリ医学・医療の研修を受けました。専門医資格を取得して慶應大学に戻ってから、最終的にはリハビリ医学教室になったのですが、それまでは病院の中央診療部です。でも、医学部の中で講座、教室がない限りリハビリ医学が発展しないということで、日本リハビリ医学会で理事長を仰せつかった時期には、全国の医学部・医科大学にリハビリ講座または教室を創ってくださるように一生懸命努力しました。

それで、鹿兒島の学会の時に川平先生から宿題を出されて、日本のリハビリ教育はどうだったかを、1963年のリハビリ医学会誌第1巻1号からずっと医学教育に関するのを見たんです。これはぜひ先生方もごらんいただきたいと思うんですけれども、札幌医大の河邨文一郎先生をご存じですか。私は河邨先生にお目にかかってご挨拶申し上げる機会がなかったんですけれども、河邨先生

が、日本にはリハビリ医学教育が必要だというものすごく分厚い嘆願書をお出しになっているんです。我々は、法人化になってからこれほど大きな要望書を出したことがないんです。

米本 これは素晴らしい内容です。

千野 すごいインパクト。これは社団法人になるずっと前です。残念なことは、理解してくださる役人がいなかった。

江藤 多分、河邨先生が学術会議の会員になられたときですよ。

千野 それで、私が申し上げたいのは、今の先生方、執行部がどれだけ文科省にこういう嘆願書、直訴なりをやっているかを非常に疑問に思っているんです。ここまで大きな嘆願書でなくても、米本先生の時代もそうだった、私もそうだったけど、毎年ルーチンで出していた。

米本 随分出しています。

千野 ことに田中信行先生が鹿兒島大学に最初の国立大学のリハビリ講座をつくった時には、当時の学長をはじめ大学全体、神経内科、整形の全科がそれをバックアップして、講座の第1位の申請となったそうです。今、一番欠けているのは、リハビリ学会として努力が足りないんじゃないか。アメリカはやはり今のアカデミーをごらんになればわかりますけれども、臨床の中でリハビリをどう伸ばしたらいいか、そればかりに苦心しています。というのは、整形でもないし、リハビリはリハビリ独自の学問の領域だということを学者たちにPRしています。ホームページを開かれたらすぐわかります。

菊地 最近いろいろと勉強させていただく機会があって、先生がおっしゃるとおりですね。

千野 サブスペシャリティも日本は今、臓器別になってきているようですが、例えば心臓のリハビリ、がんのリハビリなどいろいろ出て来ています。確かにこれらの疾患

へのリハビリ医療は必要です。しかし、がんの患者さんがリハビリ科を最初に受診することはまずない。心筋梗塞になって、その診断と治療を目的にリハビリ科を訪れることもない。アメリカのリハビリ医学アカデミーでは、リハビリ医学の本質は何であるかを医学教育に入れると同時に、専門医になってからも、常に専門医として医療者のみならず一般住民に対して、その専門性の広報活動を行っています。例えば、リハビリ科はノンサージカル、つまり、リハビリの医者は手術をしない。それでも、痛みとか動けなくなった患者に対してどうするか、診断法と治療手段をきちっと出しています。その辺が今、日本のリハビリ医学会の流れや広報活動などをみると、ちょっとファジーになってしまった気がしますね。

米本 江藤先生、先ほど言われた講座を増やしてほしいというのは、以前から一生懸命やっていましたね。

江藤 そうです。やはり学会誌の論文のクオリティの問題も、ある期間、論文を書くトレーニングということをする場がいまだに極めて少ないことが影響していると思います。それで、国立大学は42あって、そこにリハビリを作らなくてはいけないということです。そうすると、国立大学の中にそのための団体をつくらなきゃいけない。それで、国立大学の部門会議をつくって、医学教育課のほうへ上げていくことになりました。それから、文部省は明治以来、最初から、医学と医療に関しては主導だったんだけれども、戦後、厚生省が中心になりますでしょう。そこら辺でいろいろ変わってくるんですけれども、国立大学の中に医学部があって病院があるのに、文部省の中に医療、病院を面倒見るセクションがなかったんです。そういうのもできてきて、それにタイミングを合わせて国立大学の部門会議をつくって、毎年要望書を病院長の会議と医学部長の会議へ出していました。それと、その前からリハビリ学会の中で全国のリハビリの連絡会があります。

全国のリハビリの連絡会は、以前は私学と国立が一緒だったんだけれども、ちょっと国立は特殊性があるからということで、私学と国立が別々になり、その時々で全体でやっていました。大学院化など組織改革の流れがあって、どこの大学も大学病院から要望が出てくればリハビリテーション部は病院の中に設置できることになりました。だけど、講座まではいかない段階で、みんな法人化して、法人化するとそんなに面倒見なくてもいいと文科省は思うようになったみたいです。一応リハビリテーション部として病院の中の部はできるけれども、講座という形、あるいは大学院の中にはまだ



まだです。リハの連絡会は、今も国立大学はやっているはずですが、ただ、もう法人化してしまっただけで、大分雰囲気が変わってしまった。

千野 理事全員で頑張っていたかと思えます。

米本 あの当時、そういう会議に行政の方に入ってきてもらったり、要望書を随分上げましたね。

千野 要望書は毎年出していました。最近はどうかわからない。

米本 私たちの大学でも診療科時代が5年ありまして、講座になるときはそういうデータは随分使わせてもらいました。全国にはこんなに教育している大学があるのに、わが方はどうかという感じでしたね。

江藤 多分、時代が変わって、役所から、つまり上から一律にセットしていくというスタイルはもう古いという考えになっていて、本当は下から上げていかなきゃいけない。この国は、上からの指示になじんできたので、先生たちの時代に変えていっても変わらないと。だから、今後は各大学ごとでやっていく時代に入っているんです。

米本 そうですね。診療科でも将来、講座にしますというビジョンを持っていければいいと思うんです。先ほど言いましたように、卒業してからでなくて、学生時代からリハビリテーションになじんでもらわないと、数がなかなか増えてこないんじゃないかという感じを受けます。

千野 私たちのときには既に始まっていた学生さんと呼んでのサマーセミナーがあるじゃないですか。あのような小さいことじゃなくて、各大学の講座がそれをやらないと、根本的に発展がないと思うんです。興味ある人はどうぞ来てください、というレベルじゃないわけですから。その辺が少し歯がゆい感じがします。

菅 我々も微力ながら努力はしているんですけど、なかなか実を結ばない。あとは研修制度もちょっと変わってまして、臨床研修制度がちょっとリハ科に逆なところが多くて難しいのはあります。

千野 あれは逆ですね。でも、整形も入っていないでしょう。

臨床研修制度が変わったのは、私がちょうど慶應大学を退職する年でしたが、これはリハビリしかないといって地域医療のところにリハビリを全部強引に入れました。その後、どうなっているかわかりませんが。

菅 千野先生がおっしゃるように、本当にまだまだ努力するべき点はあるかと思えますし、それは続けてまた努力していきたいと思えます。

現在、全国の大学にリハ科開設について

のアンケートを配ってしまっていて、回収中です。また、それが出てきましたら進んでいくかと思えます。

千野 少しアグレッシブにやってほしいです。

米本 今、地方の国立大学でもリハビリテーション科を置かなくちゃいけないというムードが大分出てきたと聞いています。

千野 住民の要望です。

米本 課題は国内におけるリハ医のニードに対してどれだけ応えていけるかというテーマだと思うんです。今回、大地震や三陸海岸の大津波があって、地元の皆さん方は大変な思いをされています。あのようなときに、総合的に人を看て、社会復帰させるリハビリテーションが地域医療の中で非常に必要だということがよくわかってきたと思います。高齢化の問題を含めて、ニードは大変上がってきているわけです。厚労省は、必要な医師の数の実態調査を去年の6月に初めて行いました。

江藤 リハ医が少ないというのが上のほうにあった。

米本 リハ医が最も少ないトップのところにあります。リハ医と救急、産科、小児科、この4科でした。しかし、リハ科に対する重要性の認識がまだ社会やメディアに不足しているんじゃないかと思えます。これほど不足していると言いつつ、今年から始まった大学の地域枠で入学した方は卒業後に救急科、産科・婦人科か小児科を選んでくださいという縛りです。あれにどうしてリハ科が入らないのでしょうか。

千野 あれは法的にオブリゲーションがあるんですか。

江藤 ないと思えます。あと、議論がちょっと欠けているのが、米本先生や千野先生やいろんな先生が一生懸命にやられた専門医の問題です。専門医制度がアメリカと比べて大分違うらしい。これは日本の特殊なやり方で、認定医制協議会とかというのか随分早くからあっても、実際にはあまり第三者的な能力を持っていないまま、名称や組織改編をしつつ、ずっと今日までできています。その間に、専門医を広告できると厚生省がしたときに状況が変わるんです。私が引き継いで、密かに、しかし重点的にやっていったのは専門医制度です。専門医会を学会の中に位置づけ、地方会をちゃんと整備していく。それまでに専門医制度が一応できてきて、リハ科もちゃんと広告できるように千野先生の時代にやってもらいました。ただ、その中身に関しては、専門医認定機構（専認構）でヒアリングを受け、そこでの条件は十分に満たしているんだけど、それはそれでやはりもうちょっと専門医の中できっちりとしたカリ

キュラムにしていく必要があります。一応外形的なものにはあり、そこまでは整ってきたので、中身を充実させて、専門医をどうやって増やしていか、ここが今の課題です。

千野 そうですね。それはあると思えます。

江藤 そこが理解されていないと、実際にリハの医者が足りないと思ながらも、そういう地域枠で将来何科をやるというときにリハが入ってこないです。やはり今ひとつ理解が……。

菊地 多分、先生がおっしゃるように、専門医があって、上に指導医がいて、指導医という制度をリハ学会自体がまだちゃんとつくっていないところが、先生がご指摘のとおりあります。だから、指導医をちゃんと教育して、充実させて、そこに研修施設があって、その2つで専門医をちゃんと増やしていくことをもっとやっていかなきゃいけないとは思っています。

未来に向けて

菅 話の流れが「これまでの50年」から「これからの50年」と、先ほどからちょっと変わってきていますが、ここからはそのあたりを中心にお話頂ければと思います。

千野 これからの50年先は無理と思いません。数年先はわかるけれども、50年は長過ぎる。

江藤 非常に難しいのが、やはりリハビリテーションという言葉です。リハビリテーションに関するWHOのワールドレポートが出たんですが、ご存じですか。もともとはワールドレポートの表題は「On Disability and Rehabilitation」でしたが、最終的にでき上がった段階で「Rehabilitation」が消えちゃっているんです。そのワールドレポートはすごく重要なものなので、必ず読んでください。その中にリハビリテーションについてもかなりきちっと書かれています。何でワールドレポートをつくったかという、障害者リハとか、権利条約とかいろいろできてきているけれども、その基盤としてリハビリテーションと障害に関するエビデンスが極めて希薄だという認識からです。それで、初めてのワールドレポートをつくったんです。その公開を6月9日にニューヨークの国連の本部でやって、6月末にはジュネーブのWHO本部でもやったんです。日本で余り報道されていないでしょう。「Lancet」なんかも取り上げていて、英国の新聞がかなりちゃんと取り上げています。

千野 「Rehabilitation」はどうなったのですか。

江藤 表題から消えちゃったんです。1つの流れで、ICFなんかが出てくる過程での議論で、医学モデルから社会モデルへまでいかなければいけないんだけど、「Lancet」の

エディトリアルでは「beyond the medical model」という形で議論されています。その流れで、要するに、リサーチです。リハビリテーションに関するリサーチのクオリティがまだまだ低いことと、インパクトファクターの縛りみたいなものに対してどう対処していくかというのがありまして、それは共通の悩みみたいなものがあります。

その「Rehabilitation」という言葉自体が国によってかなりイメージが違いますので、50年先の話というのは千野先生はなかなか難しいとおっしゃったけれども、まず、我々のところでそういうものの中身がきちっとできてくれば、それは世界全体に広められると思います。だから、当面10年ぐらいでしょうか。

千野 そうですね、うまくいって10年ぐらい。それも社会情勢が変わるし、医療情勢が変わればわからない。江藤先生がおっしゃるとおりですけれども、世界的にも見方が変わってくる。最初、Dr. Krusenの時代に、物理医学領域があったのはイギリスとアメリカぐらいでしたが、ヨーロッパ諸国にはほとんどなかった。温泉治療とリウマチの専門の先生が片手間に今のリハビリをやっていた。それがここ20年ぐらいで、リハビリ、リハビリと言って、江藤先生がおっしゃるように、WHOで勧められるようになってきた。数年先ぐらいを見越して、現状がファジーですので、会員の皆さんにはリハ医学のアイデンティティーをもって、日本にリハ医学を根づかせてください、というのが、我々のメッセージじゃないかと思えます。

米本 リハ科専門医数に関しては、大体1,800人ぐらいですね。実際に必要だと思われている数は4,000人ぐらいと聞いていますが。

菊地 一回試算したときは4,000人。

米本 学会の正会員数が9,700から9,800の間で余り変わらない。やはり会員数も増えていかなければいけないし、その中で専門医の方も増えていかなければいけない。専門医を育てる研修施設は、今は510位でしょう。研修施設や研修制度の仕組みをもっと育てていく必要があります。そこに入ってくる若いドクターたちが何を求めているか、どのぐらいの期間、何を勉強したいかを学会で調査し、要望を満たす努力を進めなければいけないと思います。例えば、自分の施設に来たらどういう立場で何ができるかとか、宿舎の有無、あるいは給与はどれぐらい出せるか、2ヵ月間ではこういうことを学べる等をもっとシステム化し情報を広く知らせる。そうすると、若手が勉強しやすい環境ができてくると思うんです。どうですか。

菊地 全くおっしゃるとおりで、むしろ専認構側からそういう生活環境をどうするかをちゃんと調べなさいというのが出てきているのが1つです。あとは、やはり個別のプログラムをそれぞれどういう特色があって、ここに来たらどういうことができますというのをちゃんとやりましょうというのは、むしろ専認構として、全体の基本領域の専門医はみんなそういう形でやりましょうということにはなっているんで、リハ医学会もそういう形でやっていかなきゃいけないですねということ、やっと始めているところだと思います。

千野 江藤先生から専門医の話が出ましたから、私は卒前教育・卒後教育は同時にきちっとやらなければならないと思っています。

米本 コアカリキュラムの作成もありましたね。2001(平成13)年3月ですから、千野先生のころになるんですけれども。

千野 そうです。

米本 話が出始めたのが1998(平成10)年から1999年頃に「医学における教育プログラム研究開発事業委員会」ができました。委員会は日本中の医科大学にアンケートをとり、70%以上の医科大学(医学部)から、コアになるカリキュラムのガイドラインの提示が望ましいという返事をもってスタートしたんです。1年か1年半ぐらいの間、ほとんど手弁当で土日の厳しい委員会でした。内科の先生がメインでしたが、お声が掛かったとき、何とかリハをコアカリキュラムの中に入れていただきたくて参加しました。

千野 これに入ったから、国家試験にも入れざるを得なくなったのではないですか。時期はどっちが早かったんですか。同じ頃に進んでいたはずですが。

米本 国家試験のほうがちょっと早いです。いずれにしても、これらは皆ドッキングしているわけです。そのとき、各大学では従来の教育時間数の3分の2ぐらいをコアカリキュラムに沿ってやってもらって、3分の1は大学独自のカリキュラムを入れてほしいということでした。その中にリハビリテーションをどうしても入れてもらおうと思って努力しました。しかし、リハビリテーションというのは治療学のほうに入れるというのが委員会の大勢でした。卒業時に必要な知識というのは生理とか病態、診断のほうメインで、治療学のほうは少し弱くなるんです。総論の項にはリハビリテーションが基本を学ぶという形で入りました。しかし、治療学として各病気に加わったので、1つにまとまったリハビリテーションの各論ではない形になりました。

江藤 もう一つの問題が共通試験、4年生から5年生の段階での共用試験でしたか、コ

アカリキュラムはそれとも連動するんです。

米本 今、医科大学は81ですか、80ですか。その医科大学と28の歯科大学に分科会があり、その上に親委員会があって、そのオスキー(OSCE)の委員長をやりました。OSCE作りに最初からかわり、各大学へ視察に行ったりしました。

千野 本当に米本先生が理事長のときはものすごくリハビリを盛り立ててくださった。

米本 そして、千野先生の時代に入って完成してきたんです。

OSCEは2001(平成13)年にでき上がって、実際にこれを全大学でやるのは千野先生の時代です。できてもやらなくてはしようもないんです。

千野 先生が委員長をやってくくださったから、こっちは何も具体的にはお世話できなかった。本当にありがとうございます。今になってお礼を申し上げます。

米本 これも今になってみると、よかったと思うんです。国にしても、組織にしても、やはり人と人のつながりでものが出来て行きますね。最近つくづくそう感じます。リハビリテーション科については全科の面倒を見ると言ったら、おこがましいと言われるかもしれませんが、全科とつながりを持っていますので、やはり仲良くしてもらいたいですね。

千野 ことに整形とは切っても切れない関係です。

理事長はあの当時は高知医大の山本先生、その前の大阪医大の小野村先生にもご挨拶に行きました。神経内科の理事長にも挨拶に行ったりして、コラボレーションをとらないとうまくいかない。それはアメリカでも同じだと思います。それはトップの役割です。

米本 いい関係でお互いにサポートし合うようにやっていかないと無理ですね。

千野 それは今でもアメリカはやっていません。さきほどお話ししましたように、ヨーロッパのリハビリとアメリカのリハビリは出発点が違うこともあるし、アメリカのPMR(Physical Medicine & Rehabilitation)のアカデミーはやはり独自の専門性をもって頑張ってきています。日本も独自のリハ医学会が進んでいますが、学問的にはやはりアメリカとジョイントするほうが発展性があり、またアカデミックな面ではいいのではないかと思います。さっき、江藤先生がおっしゃったように、リハビリの概念が国によって違うし、年とともに変わってくるので、米本先生のときに標榜科に認められたのはやはり独立した診療科ですから、整形外科とも違うし、神経内科とも違う。独立独歩でできるようにして学問を新たに起こして行くのは、金科玉条と言えらると思

ます。国に認められたものを改めてもう一回見直し、卒前卒後の教育にどう生かしていくかということをやびやってほしいと思います。

菅 ちょっと大きくこれからの50年と言ってしまうと、10年ということでお話をいただいて、指導者であったり、研修施設を含めた専門医の制度を充実させることが必要である、それから、卒後だけでなく、コアカリキュラムに関しても卒前の教育が必要であるというのと、最後に他科との連携ということ。千野先生からは、今までしっかり築き上げてきたリハ医学の独立性といいますか、特殊なところを生かしていくべきだというようなご意見になるかと思えます。

千野 アメリカのリハ医学アカデミーのスペシャリティについて色々とおもしろいことが書いてあるんです。前にも言いましたが、整形外科専門医とバッティングしないように、リハビリは「without surgery」と、きちっと一言大きく書いている。

米本 手術をしていると、どうしても手術に目が向いて、時間をとられちゃうから。それは非常に大事なことだと思います。ところで、これから先を考えたときに国際化というのは1つのキーワードになっています。千野先生と江藤先生は国際化のことをずっとやってくださいました。

千野 我々の時には2001年2月に、アジア諸国のリハ科専門医を集めて、ミレニアムシンポジウムをやった覚えがあります。

米本 ISPRM (International Society of Physical and Rehabilitation Medicine) やアジア・オセアニアも随分進展しましたね。次回は北京で2013年にやって、その後のISPRMは毎年の開催になるというんです。

千野 リハビリの内容が広がりすぎて、おかしなリハビリにならなければいいと思います。

米本 2014年がメキシコ、それから次がドイツ、そこまでは決まっているそうです。アジア・オセアニア地区リハビリテーション医学会議 (Asian Oceania Society of Physical and Rehabilitation Medicine) は2年に1回開かれることになったと聞いています。

千野 韓国と日本のジョイントはどうなったんですか。

米本 発展的にアジア・オセアニアの中に入れていこうということです。京都で第8回のIRMA (The International Rehabilitation Medicine Association) をやったのは1997年でした。やはり今後、若い先生方も国内だけでなく、国内が大事なことは皆さんよくわかっていますから、国際的にも



もっと目を向けてほしいですね。

菊地 今回もプエルトリコのISPRMへ行って、そう思いました。

米本 ご苦労様でした。今度は北京ですね。日本の先生方がたくさん来てくれるだろうと期待されているんじゃないですか。

千野 そうだと思います。

米本 50周年の記念事業があることを世界のリハの主だった方たちが知っておられ、喜んで日本の50周年は参加しますと言ってきているようです。嬉しいですね。

江藤 リハビリテーションというのは国によって言葉のイメージが異なるということに関してですが、WHOがアルマ・アタ宣言でリハビリテーションを保健医療の4本柱の1つに位置づけてから広まり、その流れの中でCBR (Community-based Rehabilitation) があるんです。それはお仕着せじゃなくて、その国の事情に合わせたサポートをしようということと来ています。

本当に医療のパラダイムが変わった中で出てきて、例えば権利条約の中でもリハビリテーションでの障害という言葉はまだevolvingで定まっていない概念として議論しているわけです。だけど、医療が明らかに進歩してきた中でリハビリテーションは重要性を持って出てきた領域だと思うんです。だから、リハビリテーションほどおもしろいところはないと思うので、このおもしろさを若い人にどうやって伝えるか。これから、必ずこの科にも絡んでくるし、メインストリームになっていくと思います。

若手リハ科医に向けて

菅 実は最後に、これからの方々に向けて

のリハ医学の魅力とか、それからリハ科医に求められるリーダーシップみたいなものなどをお聞かせいただいて、この座談会を終わらせていただきたいと思っていました。今、江藤先生がおっしゃったような魅力、いろんな可能性が非常にあって大それた題として、設立100周年に向けてと入れてしまったんですけど、これは先ほどのお話でちょっといき過ぎていますので、これからの若手のリハ科医に向けて、ご意見を頂ければと思います。魅力というのがまだわかっていない方もおられるのが、リハ科医が増えない1つの原因でもあるのかと感じているところですけども、そのあたりはいかがでしょうか。

千野 アメリカのリハ医学アカデミーが2009年に「パープル・ジャーナル」という紫色の「PMR」という雑誌を出版しました。そのチーフエディターが今年の1月号におもしろいことを書いています。今の菅先生の質問に答えられるかわからないけれども、今の医学はきちきちと診断つけて、治療をやって、死ぬか生きるかで決まってしまう、そうでないところがリハ医学だと、書いてありました。高齢者がこれから増えるし、1つの診断と治療のできるわけではない。当然、診断と治療の仕方は標榜科としてもっとよくしなければいけないけれども、逆に、ファジーな面がリハビリはおもしろいということです。私は彼が言っていることが、リハ医学の魅力になるかと思います。これから再生医学とか新しい医療が入ってきますが、それもまだまだファジーだし、そういうことが逆に売りになっていくんじゃないかと思っています。

米本 「リハニュース」の46号に、若手医師の座談会があり、とてもおもしろく読ま

せて頂きました。女性医師の多い会でした。若手の先生が、リハは女性にとって働きやすいと言っておられます。女性医師にとって結婚、子育てについて他科よりも柔軟に対応できることなので、是非リハビリテーション科へ大勢入って欲しいものです。他科と違って診療にある程度余裕があるのでしょうか。女性医師の割合はいずれ全体の30～40%を超えるでしょうね。

江藤 国際的にはそうですね。

千野 女性の医師はまじめで、できるしね。

米本 女性のドクターが増えてきたら、男性のドクターも増えてくると思います。全体の比率からいって女性のリハ医がもっとおられてもいいと思います。歓迎です。

菅 私もリハ科を選んだのは、リハ科は千野先生がおっしゃったようにファジーという部分に引かれたのかもしれませんが。米本先生がおっしゃったように自由な時間というのも魅力を感じました。自分で使える時間を自分の好きな医療に使ったり、研究に使ったりというところに使えるのは非常に大きな利点じゃないか思います。もう一つ言うと、それは本人の自己責任につながる面もあって、自分の能力を非常に問われる科でもあるし、ある意味、本人の努力にも相応に答えられる科じゃないかとは思いますが。

千野 最後まで面倒を見られるというのが1つのリハ科の魅力だと思います。

現在、私はリハ専門病院でご老人を中心に、地域医療・在宅として、最期までお世話しています。在宅医療でのリハ医学・医療には今まで大学病院では経験したことのない、おもしろい、新しい研究テーマが一杯あります。フレッシュマンに戻った気持ちで勉強しています。

我々ができる範囲でやって、わからないところは専門家に聞いて、さらによい治療ができればリハビリもおもしろいと思います。

菅 先程から千野先生のお話しの中には連携といいますか、チーム医療が話題に出ています。チーム医療は現在の医療の1つの標語みたいになっています。

千野 それが一番うまいのはリハビリだと思います。

菅 私もそう思います。他科との連携がうまくできることがリハには必要と思っています。逆に、連携がとれなければリハ医にはなれないとも感じています。

米本 これからリハビリテーションの研究をもっと押し進めないといけないでしょう。研究、人材育成、それから社会貢献を上手にアピールすれば、若い人たちはわかってくれるんじゃないかと思えます。

千野 米本先生は整形出身でありながら筋

肉、末梢神経の研究をなされた。整形の先生としては珍しいご経歴ですね。

米本 大体、整形外科の先生方の多くは骨・関節に興味を持ちますから。

千野 筋肉、末梢神経の研究は、ほかの分野の皆さんは余りやっていないわけだから、リハ科専門医がこの方面での研究をする責任があるし、テーマは無尽蔵と言っているくらい、いっぱいありますね。

米本 研究には基礎的なところから臨床研究までありますけれど、我々が研究を通じて新しい治療法や新しい評価等を開発していくことによって、患者さんに対しよりよいリハ医療ができるということです。研究の発展がないと全体が従来型のものになってしまいます。ちょっと寂しいですね。若手の人たちはそういうところを見ろと思うんです。

江藤 今、リハビリをやっていて悩むことは、病院が機能分化したためにずっと継続してみられないということではないでしょうか。回復期にいても、その後をもうちょっと継続的にみたいけれどもみられない。機能分化がはっきりしていく時代にリハがどう対応していくかの方針を示すことが必要ではないかと思えます。

千野 機能分化はある程度必要かもしれないけれども、常にリハ医学・医療の本質がどこかというのを押さえないと宙ぶらりんになってしまいますね。

江藤 そういう中で、クオリティはともかく研究に関して、とにかく論文文化していくことが重要です。ローカルな論文で日本語でもいいんだけど、できたら英文にして、実際に論文をつくることで自分の仕事も整理する機会になります。そうすると、講座が非常に少なく、強制的にでも研究にある程度従事させるような仕組みがリハにはまだ余りない。学会誌ももっと原著論文を増やしたいと思って、それなりにいろいろ考えたんですけど、結果的には余り変わってなくて、日本語の学会誌の原著論文の数が増えていないんです。学会誌の原著論文を増やすところでは、何しろ日本語でいいから論文をつくっていくことです。サイエンスといっても非常に幅広いですからナレーティブなものでもいいので、実際にやっていることを記載していく。論文を査読する側も、どうやったらアクセプトできるかという視点を常を持ってアドバイスできるようにしていかないと、いつまでたっても論文が増えないという気がしているんです。その辺がどうも気になるんです。

千野 発表は多いけれども、論文になるのが少ない。

米本 あれだけ発表されていたら、論文発

表がもっとあってもいいんじゃないかという感じはします。それは、やはり一人ひとりの努力になりますね。

千野 そうです。だから、中枢神経の障害、末梢神経の障害、筋肉の障害もそうですけれども、PTの人たちの研究のほうだんだん上がってきています。大学院で、医者よりもいい仕事をしています。

江藤 大学院ができて、基礎研究をある期間やるので、皆さん、結構いい仕事が出てきました。それはリハ全体としてみれば悪いことじゃないと思いますけれども……。

千野 いいことだけれども、リハビリの専門医のほうの研究がだんだん程度が下がったら、これは50年先といわず、数年先も危うくなってしまいます。

米本 今、リハ医学会の正会員数は余り変わりませんが、いわゆる医療専門職のPT、OT、STの協会の増え方が急速です。ちょっと調べてみたところ、PTが66,256名、OTが43,782名、STが8,349名です。

千野 この人数は会員数だけでしょう。協会に入会しなくて、PT、OTの資格を持っている人数はもっと多いと思います。それにしても、随分、大勢になったものですね。

米本 それで、今年の実験合格者がどのくらいかみますと、PTが7,736人、OTが4,116人、STが1,645人でした。これくらい毎年増えているということです。これを脅威だと思わないで、リハ医学・医療の中でお互いに手を取り合って発展しようという気持ちで、協力して行くのがいいと思います。

江藤 実際に国際的にもWHOの協力会議に参加するのは、WCPT（世界理学療法連盟）とかWFOT（世界作業療法士連盟）とか、ISPO（国際義肢装具協会）とか、みんな一緒です。

米本 一緒にやるという気持ちで。

江藤 その中で、もう一つ考えたときにメディカルモデルとは何なのかというのはかなり大きな問題で、もっと我々の中でも議論しなきゃいけない。

米本 2年毎に変わって行く保険診療のような目先のテーマも必要かもしれませんが、それよりもっと将来を見据えて一緒に歩む大きなテーマが大事じゃないでしょうか。

江藤 そうなんです。

菅 時間にも限りがありますので。本日は長い間ご参加いただき、大変貴重なお話をありがとうございました。

これからの我が国におけるリハ医学の一層の発展を祈念いたしまして、座談会を終わらせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

「公益社団法人」への移行について

常任理事（公益法人化WG担当） 上月 正博

本医学会では、平成18年6月に公布された「公益法人制度改革関連3法（以下、3法）」に基づき、「公益社団法人」への移行申請をすることが本年6月の総会で承認され、当初の予定通り本年10月上旬に内閣府に移行申請を行うことになりました。各会員の皆様方には公益法人化をめざす背景の書面や新定款（案）をすでに送付しておりますが、リハニュースの紙面をお借りして、再度ご説明いたします。

法人改革の目的

法人改革の目的は「民間非営利部門の活動の健全な発展を促進し、民による公益の増進に寄与するとともに、主務官庁の裁量権に基づく許可の不明瞭性等の従来の公益法人制度の問題点を解決すること」とされています。つまり、主務官庁との関係や財務をより透明性のあるものにしていくことが目的です。これに関する3法が公布され、平成25年11月30日までに、本医学会を含むすべての社団法人、中間法人が「一般社団法人」か「公益社団法人」のいずれかを選ばなければ、解散しなければならないことになりました。

「公益社団法人」への移行を目指す理由

「公益社団法人」の利点としては、①「公益」という正式名称を独占的に名乗れて社会的信用が高まる、②認定法上の公益目的事業と認められれば非課税扱いになる、③受け取り利子への課税がない、④寄付者の税優遇があり寄付を受けやすくなる、などがあります。注意点としては、①運営に対する制約が大きい（公益目的事業比率が50%以上である必要がある）、②行政手続きが煩雑である、③認定取り消し等の影響が大きい、などです。一方、「一般社団法人」の利点としては、①運営に関する制約が少ない、②行政手続きが簡易である、などがあるものの、問題点としては、①社会的信用が「公益」より低い、②受け取り利子への課税がある、③寄付者の税優遇がなく寄付を受けにくくなる、などがあります。本医学会の活動は基本的に公益性があると認められる可能性が高いため、「公益社団法人」への移行申請を行うことが、理事会、評議員会での審議を経て、総会で承認されたわけです。

「公益社団法人」への移行にあたっての定款の変更点

「公益社団法人」への移行にあたっては、「公益法人化WG」を設けて、内閣府から出されているモデル定款に沿って定款の変更案を作成しました。また、本医学会独自の問題に関する事項でモデル定款に掲載されていないものについては、本医学会の公認会計士・税理士で「法人制度」に詳しい袖山裕行氏と内閣府の指導を仰ぎつつ進めました。

その結果、モデル定款に沿った変更点として、代議員制度が導入され、現行の評議員から社員（代議員）への変更にあたり、「社員（代議員）」の5要件を定款に盛り込む必要がありました。5要件とは、(i)「社員（代議員）」を

選出するための制度の骨格（定数、任期、選出方法、欠員措置など）が定款で定められていること、(ii)各会員について「社員（代議員）」を選出するための選挙（代議員選挙）で等しく選挙権及び被選挙権が保障されること、(iii)「社員（代議員）」を選出するための選挙（代議員選挙）が理事及び理事会から独立して行われていること、(iv)選出された「社員（代議員）」が責任追及の訴え、社員総会決議取り消しなどの訴えなど法律上認められた各種訴権を行使中の場合には、その間、当該社員（代議員）の任期が終了しないこととしていること、(v)会員に「社員（代議員）」と同等の情報開示請求権等を付与すること、です。

今後は、最高議決機関が従来の会員による総会（会員総会）から社員総会（代議員総会）に変更になります。社員総会（代議員総会）の決議は、総社員の議決権の過半数を有する社員が出席し、出席した当該社員の議決権の過半数をもって行う必要があります。また、定款の変更などの重要議題に関しては、総社員の議決権の3分の2以上に当たる多数をもって行うことになるため、代議員の社員総会（代議員総会）への出席が求められます。ただし、社員総会が議決機関になりますが、本医学会としてはこれまで通り広く会員の皆様方から意見を求め、組織運営に反映させるようにいたします。他に、モデル定款に沿った変更点としては、「常任理事」が「副理事長」となります。

さらに、(i)社員（代議員）定数を250名以上300名以下へ（理由：現在の評議員「200名以内」は平成元年の会員数に基づいたもので、その後の会員の増加を勘案して定数を1.5倍にした）、(ii)監事の定数2名→3名へ（理由：他の同一の学会の役員が本医学会の監事の3分の1を超えてはならないため増員）、(iii)代議員選挙の選挙人および被選挙人の所属地区別、学会誌送付先→勤務先（勤務先がないときは学会誌送付先へ（理由：所属地方会は勤務先であり、選挙もそれに合わせるのが適切と考えられるため）、(iv)理事の定数10名～16名→16名～20名へ（理由：理事の業務量が増えるため）、(v)「常任理事会」→「運営理事会」へ（理由：常勤していると誤解されやすいため）、への変更が、いずれも総会で承認されました。

今後の日程

予定通り本年10月初旬に「公益社団法人」への移行申請を内閣府に行います。また、本年12月2日（金）に代議員選挙が行われます。さらに、選出された代議員のもとで来年1月28日（土）に新役員選挙が行われます。内閣府での手続きが順調に進めば本医学会は平成24年4月に「公益社団法人」に移行できるものと予想されます。しかし、内閣府に定款案の一部変更を求められる可能性や、他の多くの学会も申請手続きの準備をしており、移行決定時期に関しては少し遅れることもありえます。内閣府との対応に関しては、今後も「公益法人化WG」や理事会で継続的に行う予定です。つきましては、会員の皆様方においてもこの点に関するご理解とご協力をお願い申し上げます。

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

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

1. 歴史 (伝承)

2. 未来 (飛翔、先駆け、拓く、先導者)

3. 超高齢社会

(重複障害、廃用症候群、がんのリハビリテーション、維持期リハビリテーション)

4. チームワーク

(他科・他分野との連携強化)

5. さらなる探求・新たな発見

(機能回復への挑戦、リハデータの集積、再生医療とリハビリテーション)

6. 社会貢献 (震災後の復興支援)

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

【募集要項】

1) 募集期間：

2011年7月15日(金)～12月31日(土)まで

2) 応募資格：本学会員の方

3) 募集内容：

左記、1～6のキーワードに即した、日本リハビリテーション医学会50周年記念事業のキャッチフレーズとロゴマーク

4) 応募方法：

「リハ学会50周年記念事業キャッチフレーズ」「リハ学会50周年記念事業ロゴマーク」「リハ学会50周年記念事業キャッチフレーズとロゴマーク」等ご明記のうえ、メールあるいは郵送にてお送りください。ロゴマークは、カラーでご作成ください。(手書きのイラストも可)

送付先：日本リハビリテーション医学会 事務局

〒162-0825

東京都新宿区神楽坂6丁目32番3号

メールアドレス：office@jarm.or.jp

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

<評価・用語委員会>

Web版リハビリテーション医学用語事典と日本医学会医学用語辞典の活用について

おかげさまで、Web版リハ用語事典は700件を超える登録語で運用を開始させていただきました。4月以降も少しずつですが、解説付きの用語も増え、画面にも解説付きの用語には鉛筆マークを付け、アクセスカウンターを付けるなどの改良もしています。Web版リハ用語事典は当初より一部を一般公開する予定で解説をお願いしていますが、登録用語もある程度集まり、順調に運用できていることより一般公開を始める予定です。つきましては、周りの皆様にWeb版リハ用語事典をお褒めいただき、専門医、臨床認定医の先生にはさらなる用語登録へのご協力をお願いいたします。ご執筆の後、査読を経て公開ですが、1語の登録につき5単位、年間20単位まで単位付与できますので、お願いいたします。

日本医学会からも医学用語事典の活用がありました。日本医学会は医学用語の標準化を図っており、標準的な用語の使用を推奨されています。そのため、分科会にWEB版の用語辞典の利用を認めており、本学会員も利用できます。学会HPの会員専用ページに利用方法を掲載していますので、ご活用ください。今年度より、用語についての要望を日本医学会医学用語委員会に上申する仕組みが加わっており、併せてご使用ください。(委員長 根本 明宜)

<編集委員会>

電子投稿審査システム(J-STAGE2)は、本年4月から本運用され、さらに8月27日からEditorial Manager[®]を使用するJ-STAGE3に移行いたしました。投稿や査読にあたり使いやすさの点で、ご要望があればお知らせください。

さて、WHOは非英語圏の医学雑誌をGlobal Index Medicusとして統合を試みています。我が国の属する西太平洋地域版はWPRIM(Western Pacific Region Index Medicus)と呼ばれますが、編集委員会は理事会の承認を頂き、WPRIM掲載の申請をいたしました。本誌の論文が、英文アブストラクトを通じて外国から引用され、超高齢社会の新たなリハの取り組みや東日本大震災での活動等を国際的にアピールする一つの手段になることを期待しています。なお、WPRIM掲載にあたり、投稿ならびに執筆規定に関する申し合わせに、1)臨床試験は予め公的な「臨床試験登録機関」(UMIN臨床試験登録システム)への事前登録、2)ランダム化比較試験(RCT)報告はCONSORT声明に準拠すること、が加わりました。医学雑誌の質的向上と国際化のためには必須の改定です。該当する研究を計画している先生方には、下記URLを参考にご準備ください。

UMIN臨床試験登録システム：

<http://www.umin.ac.jp/ctr/index-j.htm>

CONSORT声明：

http://www.lifescience.co.jp/yk/jpt_online/consort/honyaku.pdf
(委員長 長岡 正範)

<データマネジメント特別委員会>

本医学会のデータマネジメント事業では、2010年度末までに累積で、71施設から、脳卒中直接(急性期)入院5,040人、間接転入院3,233人、大腿骨頸部骨折1,060人の計9,333人分のリハ患者データが登録されました。これも参加施設各位のご協力のおかげと感謝申し上げます。本年度も参加いただける施設を募集します。多数のご応募をお待ち申し上げます。

- 申込方法：以下をご記載のうえメール (office@jarm.or.jp 日本リハ医学会事務局) までお申し込みください。
件名：データマネジメント事業 平成23年度参加施設募集の件 本文：1) 施設名、2) ご担当者様氏名、3) 連絡先E-mail、4) 施設住所(郵便番号含む)、5) TEL、6) FAX
- 入力基準は、対象とした月(8月9月を含む2カ月分以上)に退院した患者の連続症例で、脳卒中と大腿骨頸部骨折でリハ処方された患者とします。
条件を満たし、かつ年間50例以上のデータをご提出いただいた施設には、患者像などを他施設と比較したフィードバックレポートをお返しします。また必要な手続きをしていただければ全データを提供します。
- safariブラウザからもダウンロードができるようになりました。当初はMacintoshのsafariブラウザからではダウンロードができない問題がありましたが、今年度の更新で対応しました。その他、詳細は<http://square.umin.ac.jp/jarm-db/index.html#tag4>をご参照ください。(委員長 近藤 克則)

<関東地方会だより>

第49回の関東地方会学術集会と専門医・認定医生涯教育研修会は、防衛医科大学校リハビリテーション部の小林龍生先生が会長をされ、2011年9月10日(土)に東京大学山上会館で開催されました。3月に開催予定でありました48回の関東地方学術集会が中止となったこともあり、多数の発表演題となり大変充実した内容でした。

第50回関東地方会と専門医・認定医生涯教育研修会は、帝京大学医学部リハビリテーション科の栢森良二先生が会長をされ、2011年12月3日(土)に帝京大学新本部棟2階臨床大講堂にて行う予定です。研修会では、吉嶺文俊先生(新潟県立津川病院院長)に「これからの在宅医療～はたして何をめざすのか」、栢森良二先生(帝京大学医学部リハビリテーション科教授)に「顔面神経麻痺のリハビリテーション」のご講演をいただきます。いずれも興味深い内容ですので、是非ご参加ください。また、次回は第50回の記念回でもありますので、研修会終了後、関東地方会50回記念懇親会を帝京大学医学部附属病院6階職員レストランにて催しますので、皆様のご参加をお待ちしております。

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

(事務局幹事 緒方 直史)

<中部・東海地方会だより>

中部・東海地方会では、第30回地方会学術集会と専門医・認定臨床医生涯教育研修会を2012年2月4日(土)に予定しています。研修会は道免和久先生(兵庫医科大学)に「脳卒中のニューロリハビリテーション」を、平田 仁先生(名古屋

屋大学)に「末梢神経麻痺の治療」をご講演いただきます。ご参加のほど、よろしく申し上げます。

2007年5月より中部・東海地方会のHPを開設しております。学会ならびに専門医・認定臨床医生涯教育研究会の詳細はHP (<http://www.fujita-hu.ac.jp/~rehabmed/chubutokai/>) をご覧ください。(代表幹事 近藤 和泉)

<近畿地方会だより>

9月以降の研修会として、9月17日(土)に第31回近畿地方会学術集会および専門医・認定臨床医生涯教育研修会(担当幹事：福田 寛二(近畿大学医学部整形外科リハビリテーション科))が中外製薬大阪支店会議室にて、10月15日(土)に第44回近畿地方会専門医・認定臨床医生涯教育研修会(担当幹事：野崎 園子(兵庫医療大学リハビリテーション学部))が兵庫医療大学オクタホールにて行われました。

今後は以下の研修会が予定されています。専門医・認定臨床医生涯教育研修会として11月5日(土)、生田神社会館、担当幹事：村尾 浩(神戸学院大学総合リハビリテーション学部)、11月20日(日)、京都府立医科大学図書館ホール、担当幹事：武澤 信夫(京都府リハビリテーション支援センター)。また、第6回日本リハ医学会専門医会学術集会を開催予定です。12月10日(土)・11日(日)、神戸国際会議場メインホール、会長：菅 俊光(関西医科大学附属滝井病院)。多数ご参加ください。

近畿地方会Newsletterは、WEBのみの発行となり、7月15日に初のWEB発行が行われました。近畿地方会のホームページ<http://www.kinkireh.com/shukai.html>をご覧ください。学術集会・研修会・カレンダーなどの新しい情報は、同ホームページにて順次更新しております。

(広報委員長 野崎 園子)

<九州地方会だより>

第30回九州地方会学術集会は、服部幹事(長尾病院・院長)の担当で、9月4日(日)、福岡市・九州大学医学部百年講堂で開催され、一般演題18題と生涯教育講演があり盛会裏に終了しました。服部会長のご尽力と興味あふれる演題・生涯教育講演で台風の影響にもかかわらず、400名を超える参加があり大変有意義な学術集会となりました。

次回、第31回学術集会は、大隈幹事(熊本託麻台病院・リハ部部长)の担当で、2012年2月19日(日)、くまもと森都心プラザ(熊本市、熊本駅前)に10月オープンで開催され、午前の一般演題と午後から3題の生涯教育研修会を予定しております。多くの会員の皆様の一般演題のご応募(締切2月12日)、ご参加をお願い申し上げます。また、第32回は、川平幹事(鹿児島大・リハ医学教授)の担当で、2012年9月9日(日)、鹿児島大学医学部 鶴陵会館(鹿児島市)にて開催の予定です。

幹事会・総会報告：九州地方会の各県幹事の定数に関して、地方の活性化やコミュニケーションを考え、また次代を担う幹部を育成することも重要であり、各県1～2名程度増員することになりました。

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

(事務局担当幹事：下堂 蘭 恵)

脊髄小脳変性症・多系統
萎縮症のリハビリテーション

第11回

全国脊髄小脳変性症・多系統萎縮症友の会 元理事 山崎 剛

リハ科医の方のニュースレターと言うことですが、残念ながら私はリハ科の医師にお会いしたことがありません。現在は主に理学療法士の方に自宅まで来ていただいて訪問リハを受けています。リハの指示書は主治医の神経内科医に書いていただいています。皆さんには私のリハのためにとてもよくしていただいています。ただ患者の立場から、わがままを言わせていただきたいと思います。

脊髄小脳変性症・多系統萎縮症は、何らかの原因で小脳が萎縮し、運動失調の症状が現れます。運動失調は立位、歩行などにとどまらず、発声、書字、嚥下などに及びます。この病気は進行性のため発症してから時間が経つにつれて症状が悪化していきます。この進行性の神経難病は神経内科の領域になるものですが、残念ながら根本的な治療法は確立されておりません。現在行われている治療といえば、薬によりふらつきを抑えるいわゆる対症療法しかありません。

根治法のない病気で、リハだけが病気の進行を遅らせることができる唯一の方法である、と言われて久しいです。そのため患者の多くは治療法が確立するまでの望みをリハにかけています。しかしながらいくらリハがいいといわれても、どのようにリハをしたらいいのかかわからず、それが単なる知識にとどまってしまっているのが実状です。

私は1999年秋に遺伝性の脊髄小脳変性症（SCA3型）を発症しました。2008年頃までは歩くことができましたが、いまは歩行器なしでは歩けません。発症から12年になりますが、2003年にリハ科の門を叩いたことがあります。当時まだ自力歩行もでき電車・バスを乗り継いで来院した私はリハを断られてしまいました。発症してから4年ほど経ち、反射的な動作な

どに違和感を覚えることが強くなってきたのですが、まだ傍目からは症状が軽かったのでしょうか。保険法では時間や回数に限られているし、まだ健康そうな私に施すリハはないとのことでした。

たぶん、この病気が筋肉や関節の病気ではないこと、進行性で徐々に症状が悪化していく性質のものであること。などの理解が乏しかったためでしょう（この頃はまだ、リハの重要性が言われる前でしたから、現在は状況が変わっていることと思います）。

脊髄小脳変性症のような治療法のない神経難病は、穴の空いたバケツのようなものと言えるでしょう。リハでバケツに水を入れ続けなければ、いつかバケツは空になってしまいます。失われた機能を回復するためには穴から抜けるよりもたくさん水を補給すればいいのです。そしてリハは、症状が軽く病気が進んでいない状態の方が（バケツの穴が小さいうちの方が）効果は現れやすいと思います。

そういった意味合いでも、私はおおいにリハの効用に期待しております。リハ科の医師は、神経内科の医師と連携を密にして、脊髄小脳変性症・多系統萎縮症のリハにあたっていただければと思います。

さてここで、問題があります。施されるリハの内容についてです。リハの内容は廃用症候群を防ぐための筋肉、関節の機能維持以外は、現場の理学療法士さんに対症療法的に任されているような気がしてなりません。

例えば私はいま歩行困難な状態ですが、それは、正しい歩き方を忘れてしまったからかも知れません。正しい歩き方を改めて教われれば、再び歩くことができるように思えるので

す。筋力や関節の可動域などは、とりあえず正常の範囲なのであります。今はロボット（HONDAのASIMO）だって歩く時代です。歩行運動だって物理学の法則に従っているのだから、歩くためのメカニズムの研究がさらになされるいいと思います。

例えばスポーツの分野では細かい研究が進んでいて、筋肉と関節の使い方を精査することで世界でトップクラスの成績を残すことができています。同じようなことが脊髄小脳変性症患者の運動機能（主に、立位・歩行）の研究でできないでしょうか？ 人間は訓練次第では宙返りだってできるのでから、歩けないはずがありません。研究次第だと思ふのです。

また、視点を変えると、次のような考え方もできます。

私の罹患している脊髄小脳変性症は、歩行・発声・嚥下・書字などの運動失調として症状が現れますが、根本は小脳の萎縮が原因です。ならば、運動障害を正していく対症療法だけではなく、根本の小脳へのリハのアプローチというものが考えられないでしょうか？

そして先程、リハは症状が進まないうちの方がより効果的ではないだろうかという提案をしましたが、実は症状が軽い場合は就労などのため充分なりハをする時間が確保できないのも事実です。ですから、通院は数カ月に1度でそれまでの間に毎日自宅でもできるリハメニューを組んでいただくだけでも有効かと思ふます。

ここまで、脊髄小脳変性症におけるリハの重要性、その際のリハメニューのさらなる研究、そして、患者に利用しやすいリハの方法について簡単に述べてきました。一患者のわがままですが、ご参考にしていただければ幸いです。

山崎氏の記事を読み、私は、努力の足りなさを反省しました。脊髄小脳変性症をはじめとする“変性疾患”のリハについては、啓蒙が足りないと思います。リハの目的は、治すことよりは障害による不利を軽減することですから、“変性疾患”に対して、状態を維持し改善する目

的でのリハを早期から行う必要があります。神経疾患治療ガイドラインでも、早期から行うことが推奨されています。しかし、保険および人的制約からすべての患者に病院リハを行うことは不可能です。介護保険やスポーツジムでも、リハを行うことができますが、内容と質が問題で

す。ロボットリハも研究されていますが、“変性疾患”では神経系の構造自体が変性しており、整形疾患などでの経験をそのまま適用することはできません。“変性疾患”のリハを発展させるためには、リハ科医と患者が協力して声を上げていくことが必要だと思います。

専門医会コラム

関東地方会新専門医交流会

2011年8月20日土曜日、関東地方会新専門医交流会が専門医会主催、関東地方会後援のもと昭和大学病院で開催された。若手専門医会員間の交流を推進する一環として専門医会が企画運営した。本年度の新専門医は全国で62名が合格したが、そのうち25名が関東地方会員であった。大所帯ゆえに横のつながりの弱さを指摘されている関東地方会で、学会の将来を担う新専門医たちに壁のない交流をもってもらうのが趣旨であった。

12人の新専門医が集ったこの会では、東日本大震災での新専門医の活動が2演題報告された。その後新専門医による懇談会で、「なぜリハ医を目指したのか」について発表し合った。「臓器別でなくトータルに人を診たい」「自由に幅広い分野で活躍できる」「患者の生活を診たかった」等の発言にみな同意していた。「どんなリハ医になりたいか」については「まだこれからなのでゆっくり考えたい」という先生が多いなか「リハのおもしろさを学生



に伝えてリハを志す人を増やしたい」という頼もしい声も聞かれた。タワーレストラン昭和で乾杯し、参加者たちには“同期”の連帯感が生まれ、幕張や神戸での再会を約束し散会となっ

た。これから支えあい互いに切磋琢磨していくことを期待したい。次年度は今年度合格者が幹事となり、さらに新しい専門医と合同で交流会を開く予定である。
(笠井 史人)

【意見交換会】

専門医同士の交流を図るために、以下の日程で意見交換会を行います。

参加費は3,000円で、事前申込みは不要です。奮ってご参加ください。

また、今年新たに専門医になられた先生方の紹介も行います。

日 時	2011年12月10日(土) 18:00～
会 場	ポートピアホテル TEL:078-302-1111 (ホテル代表)
参 加 費	3,000円

【第5回 RJN 懇親会】

リハ科女性医師が集う場所として、このたびの第6回日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会の際に、懇親会を開催いたします。専門医でない方もお子様連れでも(託児室無)、ご参加可能です。どうぞ、奮ってご参加くださいますよう、よろしくお願い致します。

日 時	2011年12月10日(土) 20:00～22:00 (専門医会意見交換会の後)
会 場	ポートピアホテル本館2階「レスタカード」(TEL:078-302-1111代表)
参 加 費	3,000円
申 込 先	E-mail: rehasen6@secretari.jp に、氏名・勤務先・メールアドレス・電話番号をご記入の上、お申し込みください。
担当世話人	高橋紀代 (大阪医科大学総合医学講座リハビリテーション医学教室) 兼松まどか (洛和会みささぎ病院リハビリテーション科) 宮崎博子 (京都桂病院リハビリテーション科)
RJN 担当	中馬孝容 (滋賀県立成人病センター)、大串 幹 (熊本大学医学部附属病院)

【各種セミナー】

- 実技セミナー 1: 運動器の超音波診断と超音波ガイドによるブロック療法
- 実技セミナー 2: 姿勢コントロールの実技セミナー —小児リハの理解のために—
- RJN セミナー: 医学生・研修医・リハ科に興味がある医師のティータイムセミナー『リハビリテーション科専門医のかかわりで変わること』

日 時	2011年12月11日(日) 15:00～17:00
定 員	(1) 28名 (2) 18名 (3) 50名 ※定員を超えた場合はお断りする場合があります。予めご了承ください。
受 講 料	(1) 3,000円 (2) 3,000円 (3) 無料
申 込 締 切	11月30日(水)
申 込 先	(1)・(2) 第6回日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会事務局 E-mail: rehasen6@secretari.jp FAX: 075-315-8472 (3) 日本リハビリテーション医学会事務局 E-mail: office@jarm.or.jp ①氏名 ②連絡先(携帯番号) ③連絡先(E-mail) ④在籍する学校名(学年)あるいは病院名(卒業年度)を記入の上、上記へお送りください。

託児室開設のお知らせ

託 児 時 間	2011年12月10日(土) 9:30～18:00、12月11日(日) 8:30～17:00
託 児 人 数	20名まで(各日) ※事前申込者のみ
対 象 年 齢	生後6カ月から就学前までの健康なお子様
託 児 場 所	会場内に託児室を設置
託 児 形 態	ベビーシッター会社にシッター派遣を依頼
委 託 先	ビジョンハーツ(株)
託 児 料	無料
申 込 締 切	12月5日(月)
申 込 先	ご希望の方はHP内の「規約書」および「託児カルテ」をご確認いただき、「託児依頼申込書」に必要事項をご記入の上、E-mailもしくはFAXにてお申し込みください。申込書送付後、12月6日(火)までに事務局から連絡がない場合はお問い合わせください。 <第6回日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会事務局> E-mail: rehasen6@secretari.jp FAX: 075-315-8472 ※「託児依頼申込書」は http://www.secretari.jp/rehasen6/nursery.html よりダウンロードいただけます。 ※託児室のキャンセルはできるだけお早めに連絡をお願いいたします。
そ の 他	不測の事故に対応するために、シッター会社が保険に加入しており、保険適用範囲で補償いたします。また、第6回日本リハビリテーション医学会専門医会学術集会は、事故の責任は負わないことを申し添えます。

当院は県中部に所在する島根県立中央病院と島根大学医学部付属病院の両急性期病院の回復期リハの受け皿として機能整備してから5年を超えた。脳性麻痺や発達障害を含む0歳の児から脳卒中後遺症や大腿骨頸部骨折など100歳の老人まで、広範な領域のリハも受け入れている。また、「障害児・者リハ科」算定施設でもあり、回復期のみならず慢性期・維持期の「障害ドック」と称した集中リハ入院システムも動かしている。系列の出雲市民病院や大曲診療所とも連携し家庭医療・総合医療の一面としての障害者リハ医療（筋・腱離断術、障害者の疾病ドック）も目指している。

病床数は116床だが医師は7名（うち、リハ科専門医3名）、理学療法士36（内小児2）名、作業療法士27（3）名、言語聴覚士11（2）名、医療ソーシャルワーカー4名、心理士1名、看護師・介護士78名等と山陰では最大規模と充実している。在宅復帰率も80%、重度障害改善率も58%（重症比率39%）と高く、この5年間での医局からの学術活動業績も論文13（印刷中を含む）、発表27等と、年々活発化している。間欠的経管栄養法の無作為比較試験も始めたところである。磁気刺激療法など先端的試行も行っている。

大学病院とは車で10分と近く、週1回の医学部5年生へのポリクリ、年数回の臨床講義など島根大病院リハ部の基幹病院として数少ない接点で、リハ医学の重要性を理解してもらうよう努めている。

リハ科専門医の育成も、山陰は一つの合言葉のもと、島根大整形外科や鳥取大のリハ部や脳神経内科とも連携をとり地道に進めている。その結果、他科・基礎医学経験の専門医1名と臨床認定医2名が今年合格した。このように当院は他科からリハ科への転向あるいは並業を目指す医師の受け皿の実績は上がりつつあるが、医学生時代のリハ医学を意識して系統的に学ぶ医学生の獲得は未だできていない。リハ医学セミナーも独自に開くなど、学生との接点も多



出雲医療生活協同組合の各事業所

<出雲市民リハビリテーション病院>

〒 693-0033 島根県出雲市知井宮町 238
Tel 0853-21-2733、Fax 0853-24-2906
URL : <http://www.izumoriha-hp.or.jp/>

くしており、いずれは実を結ぶ日を夢見て活動を続けている。
このように当院および関連施設では、多彩なりハ医療関連事業を行っており、大学と提携しての基礎研究も可能であり、この風光明媚で古代医療発症の地、出雲へ関心を寄せてくださる医学生や医師の連絡を待っています。
(木佐 俊郎)

文庫本より小さく臨床で使いやすいオールカラーのリング綴じ

クリニカルポケットガイド
神経筋疾患の検査と評価

◆Claudia B.Fenderson・Wen K.Ling 著/嶋田智明 監訳
◆文庫判変型 360頁 オールカラー リング綴じ 定価6,510円(本体6,200円 税5%)

●神経系機能障害に対する理学療法評価のための臨床指針。機能障害の病態や特性についてふれるとともに、病態・障害構造に応じた神経学検査法の選択・概略についても解説。

ISBN978-4-263-21376-6

最新刊



クリニカルポケットガイド
整形外科疾患の検査と診断

原著第2版

◆Dawn Gulick 著/塩田悦仁 監訳
◆文庫判変型 276頁 オールカラー リング綴じ 定価5,250円(本体5,000円 税5%)

●『クリニカルポケットガイド』シリーズの第2弾。鑑別診断、各診断手技の感度・特異度、関連痛の部位など、従来の和書にはなかった内容が多く掲載されている。

ISBN978-4-263-21383-4

最新刊



第55回 日本リウマチ学会総会・学術集会

第55回日本リウマチ学会学術集会が2011年7月17日～20日、東邦大学整形外科勝呂会長のもと、「Next Decade 知・心・技—新たなるステージへ—」のテーマで神戸ポートピアホテル・神戸国際会議場にて開催されました。本学術集会は当初4月24日～27日に予定されていましたが、東日本大震災によって開催延期となり、今回、神戸に会場を移して開催されました。

会期中、生憎にも超大型台風6号が近畿地方を直撃するハプニングがありました。17のシンポジウム、117のワークショップに16の教育講演、569演題のポスターセッション、33のランチョン、10のイブニングセミナー、6つのハンズオンと盛りだくさんのプログラムに約5,400人の参加があり、震災によって滞っていた参加者の知・心・技への欲求が爆発したかのような熱気につつまれていました。

演題はやはり、パラダイムシフトを迎えた新しい時代 (Next Decade)、生物学的製剤関連の演題が多く、リハもシンポジウムに取り上げられました。テーマである「新たなるステージ」での関節リウマチのリハについても活発な討議が行われ、「活動的な日常生活を支援し、目的に寄り添う医療を臨床現場に届けるために、知を



結集させたい」と語られた勝呂会長の想いが十分に伝わる学術集会でした。

(大阪医科大学総合医学講座リハビリテーション医学教室 田中 一成)

STROKE 2011

当初3月下旬に都内で開催される予定であった脳卒中学会、脳卒中の外科学会、スパズム・シンポジウムが一堂に会するSTROKE 2011は、先の大震災の影響で延期となり7月30日～8月1日に京都にて開催された。延期の決定からいち早く(当時電力供給的にも問題ないと思われていた)西日本地区の会場をおさえ、なおかつ海外招待講演も含めほとんど予定通りの日程を再設定した事務局のご苦労は察するに余りあるが、会場はまるで最初からそうであったかのように、盛夏にもかかわらず例年と変わらぬ盛況さであった。

今回のメインテーマは「開かれた脳卒中」であり、これはそもそもSTROKEというこの会が目指すところであるように思われる。すなわち本会は3学会合同開催という点からも汲み取れるように専門科や職種を超えたシームレスな情報交換・発信を目的としており、特に今回は、2010年度に脳卒中リハビリテーション看護認定看護師が誕生したことから、看護プログラムも新たに開催された。

その影響でリハのセッションにも看護職の演題の進出が目立った。しかし、残念ながらリハ科医の本会への進出はまだ不十分であるように思う。

もちろん個々のセッションはリハ科医には専門外のものが多いが、シンポジウムやセミナーには画像診断や全身状態管理、ボトックスやバクロフェン髄腔内投与 (ITB) 等、勉強になるものが非常に多い。同じ疾患・病態に対しても立場が変わればアプローチが変わることは臨床によく経験され、合同カンファレンスなどで意識の共有を図ることもあるだろうが、まさしくこの会は同一疾患群に対する学会レベルの合同カンファレンスのようなものである。リハ科医にも非常に勉強になると同時に、我々の意見をアピールする絶好の機会でもあるため、もっと積極的な参加が望ましいと感じた。

(東京都立墨東病院リハビリテーション科 佐々木 信幸)

NOVARTIS

末梢COMT阻害剤

薬価基準収載

コムタン®錠100mg

処方せん医薬品

注意-医師等の処方せんにより使用すること

COMTan®

エンタカポン錠

効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売

ノバルティス ファーマ株式会社

東京都港区西麻布4-17-30

NOVARTIS DIRECT 0120-003-293 (フリーダイヤル)

受付時間: 月～金 9:00～18:00 www.comtan.jp

2009年8月作成



天明の昔からタケダはずっと
日本人の健康を守り続けています。

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



2011年、タケダは
創業230年

持続性アンジオテンシンII受容体拮抗薬 / 持続性Ca拮抗薬配合剤

劇薬 処方せん医薬品注 薬価基準収載

ユニシア[®]配合錠HD

(カンデサルタン シレキセチル/アムロジピンベシル酸塩配合錠)

メラトニン受容体アゴニスト

処方せん医薬品注 薬価基準収載

ロゼレム[®]錠 8mg

(ラメルテオン錠)

選択的DPP-4阻害剤【2型糖尿病治療剤】

処方せん医薬品注 薬価基準収載

ネシーナ[®]錠 25mg
12.5mg
6.25mg

(アログリプチン安息香酸塩錠)

骨粗鬆症治療剤 骨ページェット病治療剤

劇薬 処方せん医薬品注 薬価基準収載

ベネット[®]錠 17.5mg

(日本薬局方 リセドロン酸ナトリウム水和物錠)

注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること
効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の
注意等は、添付文書をご参照ください。

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

2011年8月作成 (T)



GlaxoSmithKline

生きる喜びを、もっと
Do more, feel better, live longer



A型ボツリヌス毒素製剤

薬価基準収載

毒薬 生物由来製品 処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

ボトックス[®]注用 50単位
100単位

BOTOX[®] for injection

※「効能・効果」「用法・用量」「警告・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」等については、添付文書をご参照ください。

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-6-15

グラクソ・スミスクラインの製品に関するお問い合わせ 資料請求先
TEL: ☎0120-561-703(9:00~18:00/土日祝日および当社休業日を除く)
FAX: ☎0120-561-047(24時間受付)

2010年6月作成

新発売



NMDA受容体拮抗 アルツハイマー型認知症治療剤

メモリー錠 5mg 10mg 20mg

劇薬、処方せん医薬品：注意－医師等の処方せんにより使用すること
一般名／メマンチン塩酸塩

薬価基準収載

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

製造販売元（資料請求先）
第一三共株式会社
Daiichi-Sankyo 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

2011年6月作成(1108)

advice to advance

Rehabilitation

TAPS



CEPA



Orthopedic

Ponseti



Hyper-X Plus



Foot Care

DARCO



東名ブレース株式会社
<http://www.tomeibrace.co.jp/>
●本社 ●関東支店 ●静岡支店 ●Shoes shop サンドリオン

愛知県瀬戸市坊金町271番地

TEL0561 (85) 7355

FAX0561 (85) 7177

お知らせ

詳細は <http://www.jarm.or.jp/>
(開催日、会場、主催責任者、連絡先)

● **第48回学術集会**：2011年11月2日(水)、3日(木・祝)、幕張メッセ(千葉)、テーマ：Impairmentに切り込むリハを目指して、会長：赤居正美、運営幹事：飛松好子、国立障害者リハビリテーションセンター病院、〒359-8555 埼玉県所沢市並木4-1、Tel 04-2995-3100、Fax 04-2995-0355、E-mail：tobimatsu-yoshiko@rehab.go.jp、URL：http://www.48jarm.jp/ 最新情報はホームページでご確認ください。

※ **第2回リハ科専門医試験受験支援講座**：11月3日(木・祝日)13：20～15：20、第4会場、詳細は学会誌48巻9号p594

※ **「医療倫理・安全」に関する講演**＝教育講演11「引き算」の医療安全と病院の「5S」：11月3日(木・祝日)15：40～16：40、第2会場、詳細は学会誌48巻10号p646

● **第49回学術集会**：2012年5月31日(木)～6月2日(土)、福岡国際会議場・福岡サンパレス(福岡)、テーマ：社会参加・職場復帰をめざして、会長：蜂須賀研二(産業医科大学リハ医学講座)、幹事：佐伯 覚、実行委員会委員長：松嶋康之、**演題募集期間**：12月8日(木)～2012年1月11日(水)を予定、URL：http://www.congre.co.jp/jarm2012/ 詳細は学会誌48巻11号掲載予定です。

【**専門医会**】(40単位)

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

【**地方会**】

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

● **第50回関東地方会等**(30単位)：12月3日(土)、帝京大学新本部棟2階臨床大講堂、栢森良二(帝京大学医学部リハ科)、Tel 03-3964-2597、Fax 03-3962-4087

● **第28回中国・四国地方会等**(30単位)：12月4日(日)、岡山コンベンションセンターレセプションホール、石井雅之(川崎医科大学附属川崎病院リハ科)、Tel 086-225-2111、Fax 086-232-8343、演題締切：11月10日

【**専門医・認定臨床医生涯教育研修会**】

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

● **中国・四国地方会**(20単位)：11月5日(土)、高知商工会館光の間(4階)、石田健司(高知大学リハ部)、Tel 088-880-2491、Fax 088-880-2492

● **東北地方会**(40単位)：11月13日(日)、クラッセふくしま、矢吹省司(福島県立医科大学附属病院リハビリテーションセンター)、Tel 024-547-1276、Fax 024-548-5505

● **近畿地方会**(20単位)：11月20日(日)、京都府立医科大学付属図書館ホール、武澤信夫(京都府リハビリテーション支援センター)、柴田勝博(京都武田病院リハ科)、Tel 075-312-7001

【**2011年度実習研修会**】(20単位)

◎ **病態別実践リハビリテーション医学研修会(内部障害)**：2012年2月18日(土)、大手町サンケイプラザ、申込方法：学会HPよりオンラインによる申込受付。問合せ先：(株)サンブレネットメディカルコンベンション事業本部 大野謙一、Fax 03-3942-6396、E-mail：k-ohno-sun@hhc.eisai.co.jp

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

◎ **第12回脊損尿路管理研修会**(20名)12月3日(土)～4日(日)、和歌山県立医科大学、小川隆敏(海南市民病院)、Tel 073-482-4521、Fax 073-482-9551

◎ **第6回福祉・地域リハビリテーション実習研修会**(20名)2012年2月17日(金)～18日(土)、横浜市総合リハビリテーションセンター、申込締切：11月30日、事務局：加藤弓子、Tel 045-787-2713、Fax 045-783-5333

◎ **第5回嚥下障害実習研修会**(28名)2012年2月25日(土)～26日(日)、1日目：浜松市リハビリテーション病院、2日目：浜松市リハビリテーション病院、聖隷三方原病院、申込開始：12月1日0：00、事務局：山田(浜松市リハビリテーション病院経営事務課)、Tel 053-471-8331、Fax 053-474-8819

◎ **第4回実習研修会「動作解析と運動学実習」**(20名)2012年3月22日(木)～24日(土)、藤田保健衛生大学、申込締切：12月26日、事務局：加賀谷齊、加藤貴子、Tel 0562-93-2167、Fax 0562-95-2906

【**関連学会**】(参加10単位)

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

第27回日本義肢装具学会学術大会：10月22日(土)～23日(日)、TFTビル、山本澄子(国際

医療福祉大学大学院)、事務局Tel 03-3547-2533
第38回日本脳性麻痺研究会：11月3日(木・祝日)、幕張メッセ、問合せ先：東京大学医学部附属病院リハ科 緒方直史、伊藤洋子、Tel 03-3815-5411(内線35180)

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

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

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

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

● ● ● **認定臨床医受験資格要件**：認定臨床医の認定に関する内規第2条2項2号に定める指定の教育研修会、◎：必須(1つ以上受講のこと)

第1回がんのリハビリテーション懇話会：2012年1月14日(土)、大阪医科大学、事務局：宮越浩一(亀田総合病院リハ科)、Tel 04-7092-2211、E-mail：km-reha@kameda.jp、抄録募集：10月末締切

■ **リハビリテーション科専門医・認定臨床医認定試験について**：審査書類提出締切11月10日(木)(当日消印有効)

■ **日本リハ医学会データマネジメント事業2011年度参加施設募集中**：申込・問合せは事務局(E-mail：office@jarm.or.jp)まで、詳細は学会誌48巻10号p653

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

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

製作：(財)学会誌刊行センター

印刷：三美印刷(株)

定価：1部100円(学会員の購読料は会費に含まれる)

広報委員会より

50周年記念座談会というときに、編集担当者となり、この役割を全うできるのか？不安一杯の出発でした。日程や参加の先生方の変更など、皆さんに大変ご迷惑おかけしながらも、座談会の開催、そして編集を終えることができ、安堵しています。掲載できなかった部分や、座談会の前後の話にも、笑いあり、真剣なうなづきがありました。また、大先輩の先生方に接し、多くのことを感じました。この座談会のために、十分な準備をして臨んでくださったこと、その思いは編集を通して改めて重く

感じています。若手の先生方や、スタッフに対する御配慮、事前の準備、後日編集を通じてのアドバイスのなかで、多くのことを学ばせて頂きました。若手の先生方は緊張もあったことと思いますが、参加を快くお引き受けくださったことに改めて感謝申し上げます。また、広報委員会の諸先生方にお手伝い頂かなければ到底座談会を終えることはできませんでした。本当にありがとうございます。(長谷川 千恵子)