



リハニュース No.64

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

特集

平成26年度診療報酬改定後の現状と今後 —リハビリテーション医療関連団体に聞く—

日本リハビリテーション医学会広報委員会 古川 俊明

はじめに

平成26年度(2014年度)の診療報酬改定があり、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション(以下、リハ)病棟入院料1の要件の見直し(体制強化加算)、維持期リハ月13単位の期間延長等、リハ医療関連団体協議会の連携の中で改定要望が一部通りました。

厚生労働省保険局医療課が提示した、平成26年度診療報酬改定の概要には「2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域ケアシステムの構築を図る。入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。」とあり、また、リハの推進、緩和ケアを含むがん医療の推進、認知症への対策の推進について充実が求められる分野を適切に評価していく視点が明記されています。

超高齢社会が進むなか、地域という枠組みのなかで、医療機関の細分化と連携、地域包括ケアシ

ステムの構築に向け、その前段階として、亜急性期入院医療管理料にかわって地域包括ケア病棟入院料が新設されました。また、入院時訪問指導加算、リハ総合計画提供料、経口摂取回復促進加算、認知症患者リハ料の新設、大血管リハ料の見直し(作業療法士の算定可能)等がありました。総じて、職種の専門性とチーム医療連携の強化を意識した変更がなされたと感じています。

今後、急性期—回復期—維持期病院から地域生活への移行の中で、よりいっそうリハ関連職種の連携、リハ医療と介護の連携が必要となってまいります。

診療報酬改定後、回復期リハ病棟の制度上の移行期間も終わったなかで、現状と今後の課題や展望を内容として、リハ関連団体を代表とする方々にご意見をお聞きする特集を組みました。

目次

● 特集：平成26年度診療報酬改定後の現状と今後 —リハ医療関連団体に聞く— 1-7	● リハ医への期待：耳鼻咽喉科とリハ 12
● 第52回学術集会：近況報告 8	● 医局だより：名古屋市立大学大学院リハ医学分野 13
● 専門医会コラム：第9回専門医会学術集会報告 9	● REPORT：夏期医学生セミナー報告・協力施設一覧、市民公開講座(徳島)、第38回日本高次脳機能障害学会、第44回日本臨床神経生理学学会 14-19
● INFORMATION：資格認定委員会、診療ガイドラインコア委員会、障害保健福祉委員会、社会保険等委員会、関連専門職委員会、会則検討委員会、北陸地方会、近畿地方会、九州地方会 10-11	● お知らせ、広報委員会より 20
	広告：医歯薬出版(株) 13 (株)協同医書出版社 18

日本リハビリテーション医学会の現状と今後

日本リハビリテーション医学会 社会保険等担当理事 石川 誠

日本リハ医学会としての診療報酬改定要望は、主として内科系学会社会保険連合（内保連）から医療技術分科会を通じて厚労省へ要望する形態となっている。その内容は、医科診療報酬点数表の第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第13部（病理診断）までと規定されている。内保連としては「物から人（技術）へ」を基本方針とし、今回から診療領域別に関係学会が集合した委員会にて要望を決定するという形態がとられた。その中のリハ関連委員会は、日本リハ医学会、日本運動器科学会、日本温泉気候物理医学会、日本高次脳機能障害学会、日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハ学会、日本循環器学会、日本小児神経学会、日本神経学会、日本神経治療学会、日本心臓病学会、日本心臓リハ学会、日本整形外科学会、日本摂食嚥下リハ学会、日本脳卒中学会、日本リウマチ学会、日本臨床整形外科学会、日本老年医学会の18学会で構成される。当然のことながら18学会の個別の要望項目は多岐・多数に及ぶことになった。白熱した議論の末、点数表未記載の要望は6学会から8項目、既記載の要望は9学会から14項目となり、医療技術分科会経由ではなく別個に医療課長宛の要望として8学会から9項目が選別された（表1）。これら計31項目の優先順位は明確にできなかったが、最終的に重要項目として13項目に絞り込み要望することとなった（表1網掛け部）。

以上の13項目の中で要望が認められた項目は未記載では1項目もなく、改定の都度要望しているリハ処方料についてはリハ実施計画評価料との差が明確でない点で却下された。既記載では廃用症候群の見直しの1項目だけが認められた。これにより脳血管疾患の廃用は235→180点へと大幅減となったが、他の疾患別リハ料はすべて一律に5点増となった。しかし、医療課長宛では、運動器リハ料（Ⅰ）（Ⅱ）における入院・外来の点数格差是正は要望通り認められ、回復期リハ病棟入院料Ⅰの病棟専従リハ科医師と社会福祉士の評価は体制強化加算として新設され、急性期病棟における理学療法士等の配置は急性期ADL維持向上等体制加算として新設となり、維持期における算定日数上限超の個別リハ13単位評価の継続は2年間に限り延長される

表1 リハビリテーション関連委員会の要望事項

	提出学会	技術名	結果
未記載	日本心臓リハ学会	1-1 心大血管リハ料の重症心不全加算の新設	×
	日本摂食嚥下リハ学会 日本リハ医学会	1-2 間歇的経管栄養法の評価	×
	日本リハ医学会	1-3 リハ処方（指示）料の新設	×
		1-4 ボツリヌス毒素製剤投与前後のリハ料の新設	×
		1-5 義肢・装具処方、仮合せ、適合判断料の新設	×
		1-6 身体障害者日常生活指導料の新設	×
	日本整形外科学会 日本臨床整形外科学会	1-7 運動器不安定症グループリハ料の新設	×
	既記載	日本呼吸器学会 日本呼吸ケア・リハ学会	2-1 時間内歩行試験（算定要件の緩和）
日本神経学会		2-2 呼吸器リハ料（点数増）	×
		2-3 呼吸ケアチーム加算（算定要件の緩和）	×
		2-4 神経学的検査（点数増）	×
		2-5 脳血管疾患等リハ料（算定要件の緩和）	×
		2-6 難病患者リハ料（算定要件の緩和）	×
		2-7 心大血管疾患リハ料（算定要件の緩和）	×
日本心臓リハ学会		2-8 運動器リハ料における廃用症候群（要件の見直し）	○
日本整形外科学会 日本臨床整形外科学会		2-9 運動器リハ料のギプス除去時加算（要件の見直し）	×
日本脳卒中学会		2-10 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（算定要件の緩和）	×
		2-11 脳血管疾患等リハ料（点数の見直し）	×
日本リハ医学会		2-12 がん患者リハ料（算定要件の緩和）	×
		2-13 神経学的検査のリハ科専門医追加（要件の見直し）	×
日本臨床神経生理学学会		2-14 平衡機能検査（検査項目の分割記載）	×
医療課長宛	日本神経学会	3-1 回復期リハ病棟にパーキンソン病の追加	×
	日本循環器学会	3-2 慢性腎臓病リハ料の新設	×
	日本摂食嚥下リハ学会	3-3 誤嚥性肺炎 地域連携診療計画退院時指導料	×
		3-4 入院時食事療養費の特別食加算に、嚥下調整食を追加	×
	日本整形外科学会 日本臨床整形外科学会	3-5 運動器リハ料（Ⅰ）（Ⅱ）の入院・外来格差是正	○
	日本リハ医学会	3-6 回復期リハ病棟におけるボツリヌス毒素製剤の包括外化	×
		3-7 回復期リハ病棟におけるリハ科医師・社会福祉士の病棟専従体制の評価	○
		3-8 急性期病棟におけるPT等の常勤配置の評価	○
	日本リハ医学会 日本整形外科学会 日本臨床整形外科学会 日本脳卒中学会 日本神経学会	3-9 標準的リハ算定日数超え患者に対する月13単位までのリハ実施の継続	○

は重要項目

こととなった。摂食・嚥下リハに関する要望はすべて却下されたが、摂食機能療法に経口摂取回復促進加算として185点が新設された。

リハ関連の改定要望項目は、医療技術よりもリハ施設基準等の要件を含むリハ医療システムに関係する要望が主体となり、医療課長宛の要望に重要項目が少ないことが特徴である。単なる医療技術に関する要望にこだわるよりは、リハ医療システムの向上に貢献できる要望であれば認められやすい印象がある。したがって今後のリハ関連委員会では各学会がよりリハ医療システムの共通理解を深める必要があると考える。

平成24年度改定は5000億円のプラス改定であったが、平成26年度は400億円にすぎず極めて厳しい改定であったことは周知のことであるが、そうした中でリ

ハに関する改定は決して悪くはなかったと考えるべきであろう。改定により現状がどう変化したかはデータ不足でなんともいえないが、がん患者リハ料の要件と廃用症候群の算定基準に関しては臨床現場で不具合が多いと指摘されている。平成28年の次期改定はさらに厳しいものとなり、維持期における算定日数上限超の個別リハ13単位の評価は介護保険サービス利用者では廃止されることは間違いない。ただし、入院期間の短縮、在宅復帰の推進に貢献するリハ医療サービスに関しては今後も追い風が吹き、急性期ADL維持向上等体制加算、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟に関しては、施設要件は厳しくなると考えられるが、より充実したリハ医療となる改定が期待できると考える次第である。

日本リハビリテーション病院・施設協会の現状と今後

日本リハビリテーション病院・施設協会 常務理事 山鹿 眞紀夫

平成26年度診療報酬改定は、2025年に向けて地域包括ケアシステムを進めるためにこれまで以上に大きく踏み出した改定であった。どのようなステージであっても在宅復帰を目指した医療提供が求められ、急性期病床として厳格化された7対1入院基本料でも自宅等退院患者割合75%以上が要件に入り、医療療養病床にも在宅復帰強化加算（在宅復帰率50%以上）が導入され、亜急性期病棟（床）が廃止され、地域包括ケア病棟（床）が新設された。また、急性期病棟におけるリハ専門職種の配置による入院患者のADL維持、向上等に対する評価が新設され、回復期リハ病棟入院料1においては、休日リハ提供加算の包括や重症度・看護必要度項目等の見直しによる質の向上が進められ、専従医師及び専従社会福祉士の配置による体制強化加算や入院時訪問指導加算の新設等が行われた。リハ医療関連団体からの要望も一部取り上げられた改定でもあった。

今回の改定を受けて、急性期病院においては、7対1入院基本料での自宅等退院患者割合の導入により、回復期リハ病棟や新設の地域包括ケア病棟への直接転入が必要になり、各地で連携の枠組みがこれまでと変化してきている。また、新設されたADL維持向上加算への取り組み状況や廃用症候群の見直しによる影響などの調査を当協会でも進めている。

回復期リハ病棟入院料1においては、専従医師要件により医師が退院に向けての訪問調査、退院後のフォローあるいは外来診療等ができなくなった点、専従セラピストの家屋調査等の制限、入院時訪問指導加算の日数設定など、現場の運用での混乱もみられ、回復期リハ病棟の質

を阻害しかねないという声が上がってきている。また、新設の地域包括ケア病棟（床）において、リハ提供は1日平均2単位以上で包括となり、これまでの亜急性期病棟におけるリハ提供よりも低下していく恐れが考えられる。改定の度に様々な形での部分修正（加算等）が行われ、だんだん複雑化し、本質が見えにくくなっているようでもあり、整理を行っていく必要がある。これらを含めリハ医療関連団体として総合的且つ総力的に調査を行っていく予定である。

医療と介護の連携—在宅支援リハセンターの提案

超高齢社会が進行する中で、‘治す医療’から‘支える医療’の必要性が強調され、高齢者が地域の中で障害と共存して生活を送り、終には納得した形での死を迎えられることを目指す地域包括ケアシステムが国策となっている。平成26年度から病床機能報告制度がスタートし、これを基に地域医療ビジョンが策定され、「地域医療介護総合確保基金（新基金）」により整備されていくことになる。また、平成27年度介護報酬改定にむけて生活期リハの見直しが行われ、社会参加を進めるための生活行為改善リハの導入や居宅サービスの協働方法等が議論され、益々リハの重要性が高まっている。この流れは、次回診療報酬改定でも継続されていくものと考えられ、高度急性期～急性期～回復期～慢性期において一貫したリハを提供できる仕組みを作っていく必要がある。

日本リハ病院・施設協会では、「高齢者リハ医療のグランドデザイン（2008年）」で提案を行った地域における包括的リハ拠点である「在宅支援リハセンター」の整備を進めていくことが必要と考えている（図1、2）。具体的には医療・介護にまたがるリハサービスを包括的に提供することで、①かかりつけ医への直接的リハ支援を行うと共に、②地域包括支援センターや広域支援センターとの連携の下で、地域リハ活動を通して自立生活・社会参加を支援することを目的に、地域の基幹的リハ病院・施設で且つ十分な機能・要件を有する機関を「在宅支援リハセンター」として公的に整備していくことを提案している。これまでの共助（リハ医療）の部分だけでなく、自助（自助力の向上・維持）、互助（インフォーマルサービスの育成とサポート）、公助（公の機関と積極的に協働）への取り組みができる仕組みを作り地域包括ケアを支える体制を整えていくことが重要である（図3）。

図3 リハビリテーションが担える役割

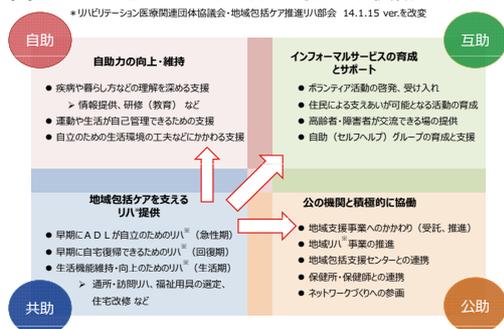


図2 在宅支援リハビリテーションセンター

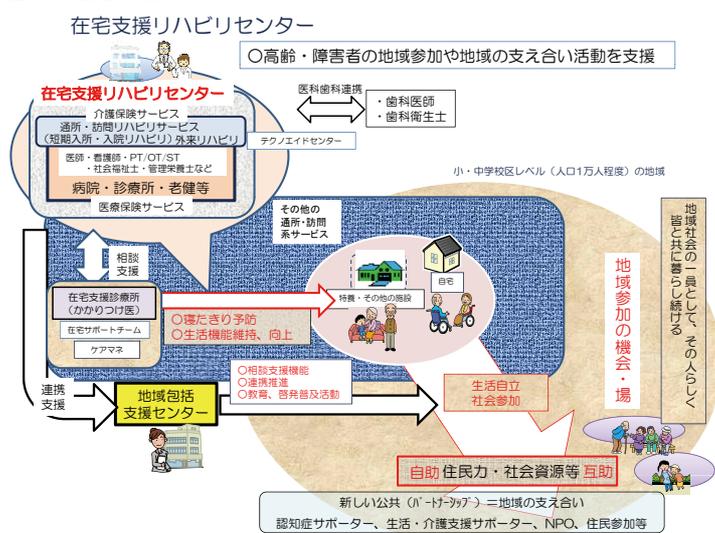
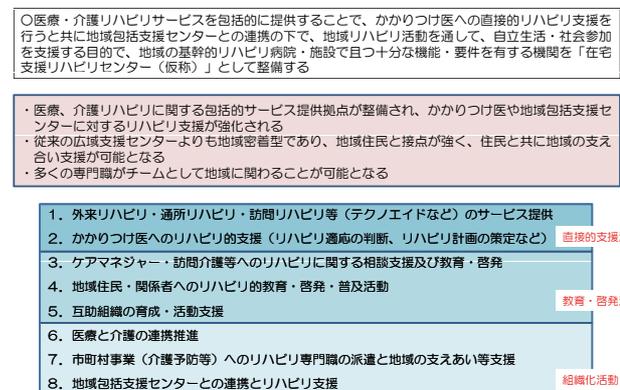


図1 在宅支援リハビリテーションセンターの整備



日本理学療法士協会の現状と今後

公益社団法人 日本理学療法士協会 会長 半田 一登

平成26年度改定の最大の関心事は、ADL維持向上等体制加算の新設です。この理学療法士等の病棟配置については、平成24年度改定から要望してきた事案であり、入院患者すべての廃用症候群の予防を目指すものでしたが、診療報酬は疾病等の治療に該当するものであり、所謂予防は該当しないという結論でした。平成26年度改定にあたっては、ようやく制度化（図1）されたという経緯もあり、理念をしっかりと理解し、制度を育てなければなりません。しかし、「点数が低いから」ということで、全国に普及していない状況は非常に残念な思いです。一方では積極的に関わり（図2）、当初からの計画通りに廃用症候群の予防等による大幅な在院日数の短縮を果たしている病院も見られます（図3）。

地域包括ケア病棟に関する全国調査を平成27年1月以降に行いますが、一部病院からの報告では、制度改革の目的に合った入院患者の動きとなっています（図4）。理学療法士としての課題は、長く続いた出来高払いのリハビリテーション料がまるめられた点です。標準18単位、最大24単位、週108単位という数字に縛られ、この数字だけを目標としてきた理学療法士の頭の切り替えが必要です。また、病棟専従理学療法士の業務の範囲を明確にすることも大切です。地域包括ケア病棟の専従理学療法士として、患家訪問は不可欠ですが、「病棟専従」の理学療法士が業として行うことの可否が明確ではありません。「まるめ」「業務範囲」の2点を明確にすることによって、地域包括ケア病棟の理学療法士像が見えてきます。

平成26年度改定の中から以上2点についてまとめましたが、いずれにしても日本理学療法士協会も厚労省と共に制度を「共に育てる」という責任の一端があります。また、時代変化に対応できる理学療法士（人）を育て上げることも職能団体の重要な使命です。

図1 ADL維持向上等体制加算における取り組み内容
～急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価～

取り組み内容	アウトカム評価
1. 定期的なADL評価 2. ADLの維持、向上等を目的とした指導 3. 安全管理 4. 患者・家族への情報提供 5. カンファレンスの開催 6. 指導内容等の記録	以下のいずれも満たすこと 1. 1年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時等にADLの低下した者の割合が3%未満であること。 2. 入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者の割合が1.5%未満であること。

(参照)厚生労働省ホームページ 平成26年度診療報酬改定の概要の内容を一部抜粋

図2 病棟に配置された理学療法士の一日のスケジュール



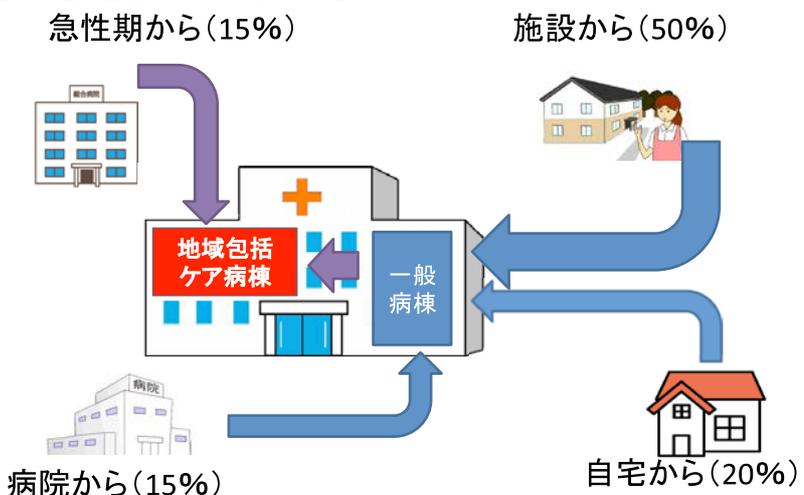
※ 日本理学療法士協会会員施設からの情報提供をもとに作成

図3 ADL維持向上等体制加算の算定前後での比較

	算定前 (H24年度)	算定後 (H26年度)
在院日数	44.8	30.1
リハ依頼までの日数	14.3	5.3
褥瘡発生率	-	0%
ADL低下率	-	2.7%
リハ実施割合	20.3%	50.4%

※ リハ実施割合: 当該病棟入院患者全体のうち、疾患別リハ実施者の割合
※ 日本理学療法士協会会員施設からの情報提供をもとに作成

図4 地域包括ケア病棟入院前の居場所



(参照)日本理学療法士協会会員施設からの情報提供をもとに作成
施設情報: 内科病棟38床(10:1入院基本料)うち地域包括ケア病棟入院医療管理料114床

日本作業療法士協会の現状と今後

一般社団法人 日本作業療法士協会 常務理事 **山本 伸一**
 保険対策委員長 **梶原 幸信**

はじめに

平成26年度診療報酬改定において、心大血管疾患リハビリテーション料が見直され作業療法士も算定可能になった。現在、改定後の実態把握を継続するとともに、当協会員に対する研修・教育体制の更なる充実を図り、今回の見直しへの対応を進めている。

平成26年度診療報酬改定後の実態把握は、昨年10月に会員の所属する医療保険関連施設を対象として調査を実施。主な調査項目は、心大血管疾患リハビリテーション料・ADL維持向上等体制加算・地域包括ケア病棟の実施等とした。以下、調査結果の概要を報告する。

1. 調査概要

調査概要を表1に示す。

2. 心大血管リハビリテーション料の施設基準と作業療法の介入実態 (H26年9月1日の状況)

昨年9月では、心大血管リハ料を標榜している43施設のうち「作業療法を算定中」は31施設 (72.1%)。作業療法が浸透していることが伺える (表2) (図1)。今後も標榜の予定なしの理由は、人員不足が大きな要因となっている (注1)。

3. ADL維持向上等体制加算の施設基準の標榜について (H26年9月1日から5日の代表的な1日の実績)

当施設基準を標榜しているのは、11施設 (n = 197) に留まっている。標榜準備中も18施設であり、収益や人員配置等の制約が大きいためではないかと推測される (表3) (注2)。

4. 地域包括ケア病棟について (H26年9月1日から5日の代表的な1日の実績)

当病棟施設基準を標榜しているのは、34施設 (n = 197) である。入院料に関してもほとんどが施設基準Iであり、患者一人の一日の平均単位数はほぼ2単位前半であった (表4) (注3)。

表4 施設基準の取得状況

		H26年9月 n=197
施設基準	標榜している (注3)	34 (17.3%)
	標榜していない (注4)	163 (82.7%)
	無回答	0 (0%)

(注3) 標榜している施設の専従職種の内訳と介入状況の平均

専従登録の職種	施設数		平均ベッド数		患者一人の一日の平均単位数		当病棟従事の作業療法士の平均数	
	入院料I	入院料II	入院料I	入院料II	入院料I	入院料II	入院料I	入院料II
OTのみ	7	0	24.6	-	2.2	-	1.0	-
PTのみ	21	4	31.4	21.3	2.4	2.2	2.0	0
OT・PTのみ	1	0	39.0	-	2.0	-	5.0	-
OT・PT・ST	1	0	12.0	-	2.7	-	1.0	-

おわりに

平成26年度診療報酬改定において心大血管疾患リハビリテーション料見直しと共に主な改定項目に関する調査結果を報告した。当協会では引き続き関連団体との連携を強化し、これまで以上に対象者へ貢献できる職種を目指して各種の取り組みを進めていく。また、今後は緩和ケア病棟における作業療法の普及も視野に入れた要望活動等を予定している。

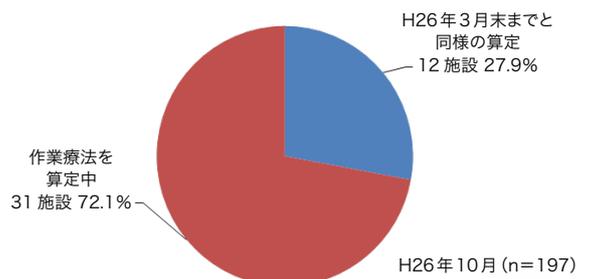
表1 調査実施時期と回収率

実施時期	送付施設数	回答施設数	回収率
平成26年10月	500	197	39.4%

表2 心大血管リハビリテーション料の施設基準の取得状況

		H26年9月 n=197
心大血管リハ料を標榜している施設		43 (21.8%)
H26年3月末までと同様の算定		12 (27.9%)
作業療法を算定中		31 (72.1%)
心大血管リハ料を標榜していない施設		141 (71.6%)
施設で標榜する準備中		18 (12.8%)
今後も標榜する予定なし (注1)		123 (87.2%)
未回答		13 (6.6%)

図1 心大血管リハビリテーション料における作業療法算定



(注1) 今後も標榜する予定なしの理由 (自由回答)

- ・専門医や療法士の人員が未整備 (45件)
- ・該当患者がない (24件)
- ・施設内の設備不足 (10件)
- ・施設で心大血管リハを行わない方針 (9件)
- ・理由なし、不明 (4件)

表3 施設基準の取得状況

		H26年9月 n=197
施設基準	標榜している	11 (5.6%)
	標榜準備中	18 (9.1%)
	標榜予定なし (注2)	158 (80.2%)
	無回答	10 (5.1%)

(注2) 標榜予定なしの施設理由 (自由回答)

- ・人員の配置困難 (33件)
- ・施設側に算定要件の該当なし (25件)
- ・収益性が低い (15件)
- ・施設内の方針で算定予定なし (15件)
- ・疾患別リハを算定した方が患者に多く関われる (3件)
- ・施設側の理解が不十分 (2件)

(注4) 標榜していない施設理由 (自由回答)

- ・施設側に算定要件の該当なし (14件)
- ・施設内の方針で算定予定なし (14件)
- ・人員の配置困難など施設基準を満たせない (13件)
- ・回復期リハ病棟を標榜しているので算定予定なし (9件)
- ・検診中 (7件)
- ・急性期病院のため算定予定なし (5件)
- ・不明 (5件)
- ・基本入院料が低い (1件)

日本言語聴覚士協会の現状と今後

一般社団法人 日本言語聴覚士協会 副会長 **内山 量史**
医療保険部 **高野 麻美**

はじめに

平成26年度診療報酬改定では、摂食機能療法の見直しが行われ、経口摂取回復促進加算が新設されるなど、摂食嚥下障害に積極的に取り組むことが推進された。しかし、その一方で、脳血管疾患以外での摂食嚥下障害への対応は難しい現状がある。また、次期改定に向け、介護保険でのリハビリテーション提供を推進するために外来診療の縮小がすすめられているが、言語聴覚療法を取り巻く介護保険領域での環境は十分とは言えない。

今回、摂食嚥下障害への対応、摂食機能療法および経口摂取回復促進加算の算定状況、言語聴覚士を取り巻く診療状況について医療施設を対象に調査を行ったので以下に報告する。

1. 調査概要

- 実施時期：平成26年11月1日～平成27年1月31日
- 送付数：372施設
- 回答施設数：130施設（回収率 35%）
- * 調査期間は1月31日までのため、今回の結果は12月中旬までの回収データを元としている。

図1 摂食機能療法の算定有無

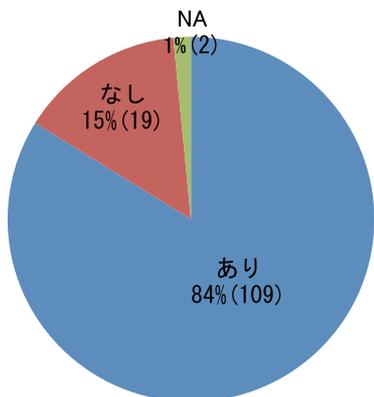


図2 摂食機能療法の算定者

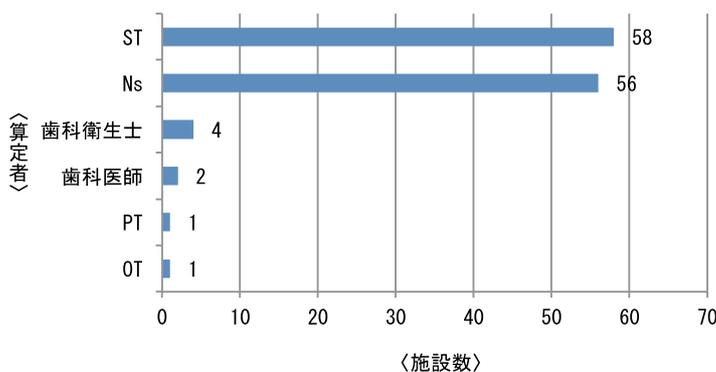


図3 経口摂取回復促進加算の算定

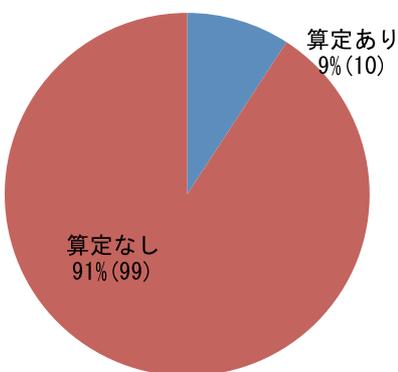


図4 経口摂取回復促進加算を算定しない理由

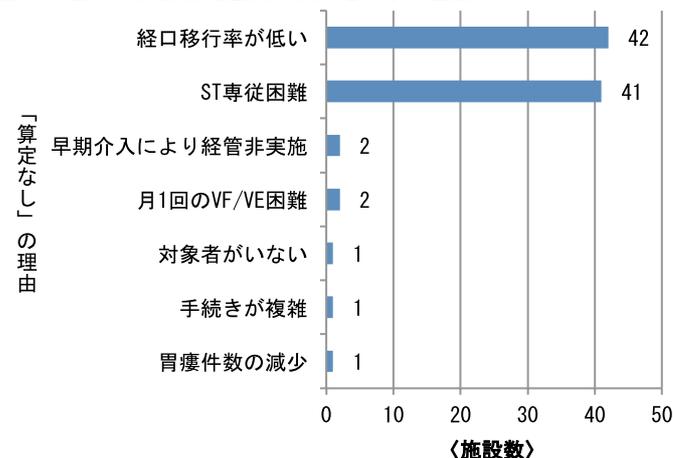


図5 脳血管疾患以外での摂食嚥下障害患者

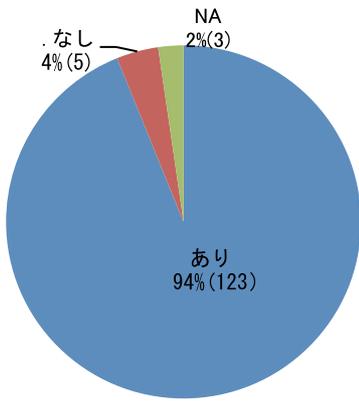


図6 脳血管疾患以外での摂食嚥下障害：原因疾患

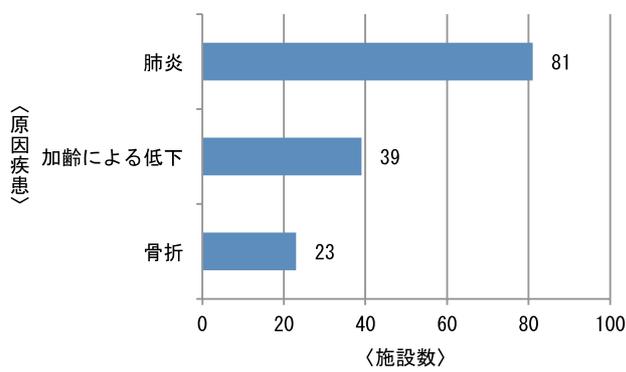


表1 脳血管疾患以外での摂食嚥下障害の原因疾患（少数事例）

少数事例
薬剤性
染色体異常
重症心身障害児者
神経筋疾患
脳性麻痺
術後の廃用
精神疾患
口腔癌治療後

図7 リハビリを算定できなかったケース

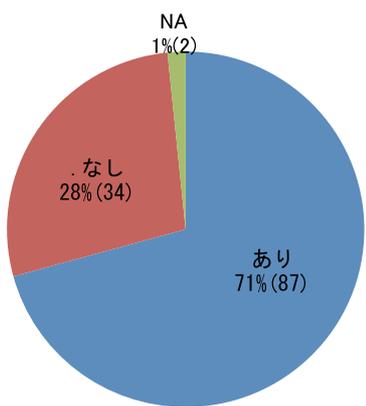
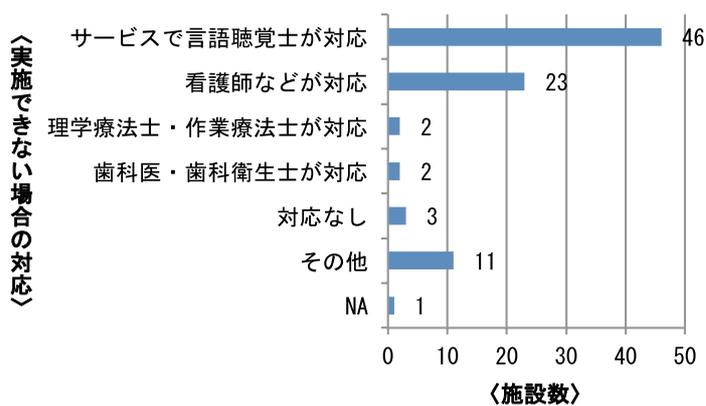


図8 算定できない方への対応



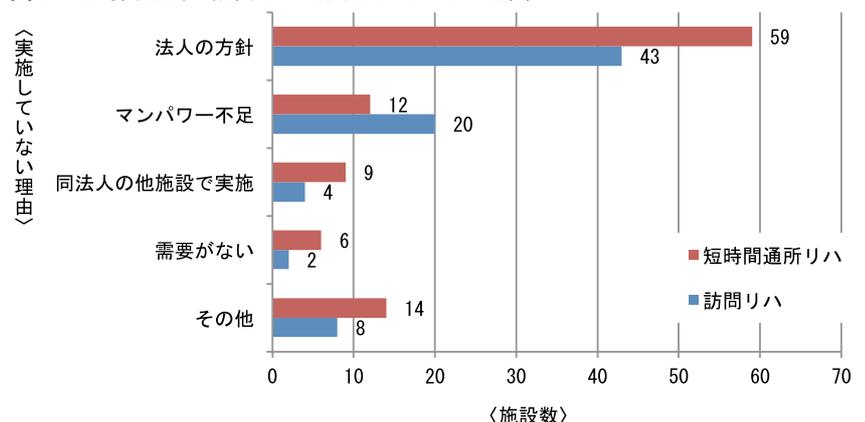
3. 言語聴覚療法の診療状況について

言語聴覚療法が提供できる環境の多くは、入院・外来であった。短時間通所リハを含める介護保険領域での対応が可能な施設は、27施設（21%）であった（表2）。介護保険領域での対応が広がらない理由としては、短時間通所・訪問ともに「法人の方針」が3～4割を占め、最多であった（図9）。これらについては、マンパワーの問題と推察されるが、詳細を検討していく必要があると思われる。

表2 言語聴覚療法の診療状況

診療形態	施設数
入院と外来	65
入院・外来・訪問	27
入院・外来・短時間通所・訪問	18
入院のみ	6
外来のみ	3
入院・外来・短時間通所	3
入院・外来・通所	3
入院・短時間通所・訪問	1
訪問・通所	1
入院・通所	1
記載なし	2

図9 短時間通所・訪問リハを実施していない理由



第52回日本リハビリテーション医学会学術集会 《近況報告》

会期：2015年(平成27年)5月28日(木)～30日(土)

会場：朱鷺メッセ(新潟市)

会長：里宇 明元(慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室)

第52回日本リハ医学会学術集会の演題登録を締め切りました。医師から約800演題、関連専門職演題としては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、義肢装具士、ソーシャルワーカーなどの方々から約260演題もの多くの演題を登録していただきましたことを御礼申し上げます。特に、関連専門職演題については、新潟県内をはじめ、全国から多くの演題を登録いただき、教室一同大変感謝しております。年が明け、いよいよプログラム編成に入っていくところですが、学術集会テーマである「**今を紡ぎ、未来につなぐ**」ための交流の場となるようなプログラムとすべく、引き続き、新

潟県内リハビリテーション関係の方々とは協力しながら、企画・準備・運営に取り組んでまいります。

学術集会の企画としては、下記プログラムの他、当教室の**レジデントが企画した、レジデントのための症例クイズカンファヤ**、ハルビンから約30名が参加する**ハルビンー新潟交流プログラム**などを予定しております。

会場には託児所をご用意している他、新潟駅からのシャトルバスも運行します。皆様がご利用いただきやすい環境を整えておりますので、多くの方々のご参加を教室スタッフ一同お待ちしております。

プログラム

会長講演	リハビリテーション医学：変化への適応をデザインする
特別講演・海外招聘講演	宇宙探査のロードマップとリハビリテーション医学への期待(向井 千秋) 認知記憶の脳メカニズム(宮下 保司) 筋電図学のおもしろさ(木村 淳) Primate research in neuroscience (Andrew Jackson) Clinical and technological assessment of balance disorders for rehabilitation (Fay B. Horak) Multimodal in vivo mapping (fMRI, EEG, TMS, PET) of human brain networks (Hartwig R. Siebner) Missions and goals of ISPRM (Jianan Li) Neuromodulation with theta burst stimulation (Ying-Zu Huang) New trends in motion analysis (Peter Konrad) Potential of robots as next-generation technology for clinical assessment of neurological disorders (Stephan Scott) Rehabilitation of amputees (Anton Johannesson) Faced with the Super Typhoon Haiyan: How can rehabilitation professionals cope with natural disasters? (Romil M. Martinez) International Collaboration in Rehabilitation Disaster Relief (James E. Gosney Jr)
シンポジウム	心臓リハビリテーション：我が国発のエビデンスと最新トピックス 災害とリハビリテーション 神経科学とリハビリテーション がんのリハビリテーション エビデンス & プラクティス 認知症の診断・治療とリハビリテーション ロコモティブシンドロームとリハビリテーション リハビリテーション医が回復期リハビリテーション病棟をさらに進化させるために がんリハビリテーションにおける多職種連携
パネルディスカッション	神経筋疾患・脊髄損傷の呼吸リハビリテーション 地域包括ケア時代の地域リハビリテーション 動作解析のトピックス
市民公開講座	2015年5月29日(金)：朱鷺メッセ パーキンソン病の夫の介護を通して(歌手 イルカさん) (※講演後に会員懇親会でミニコンサートを行います。) 2015年5月31日(日)：慶應義塾大学日吉キャンパス トップアスリートが語るパラリンピックの魅力

その他、教育講演、ハンズオンセミナー、ランチョンセミナーなどの企画も準備しております。

第9回専門医会学術集会報告

代表世話人 北海道大学病院リハビリテーション科 池田 聡

このたび、鹿児島で第9回日本リハ医学会専門医会学術集会が開催される運びとなり、世話人を仰せつかり大変光栄に存じます。テーマは「**基礎医学から臨床応用へ**」とさせていただきます、リハ医学の基礎研究の重要性につき再確認するとともに臨床へとつなげていく展望につきディスカッションを深めるべく準備をいたしました。今回の学術集会では新専門医会設立時の目的である専門医による研究・レベルアップ、専門員の交流、若手専門医の育成を念頭に世話人企画、各SIGに企画をお願いし開催することができました。

会期は2014年11月15日(土)・16日(日)の2日間、会場は鹿児島市民文化ホールで、天候にも恵まれ、会場からは桜島の雄大な姿を目にすることができました。

初日は、開会式に引き続き専門医会基礎研究SIGによる企画でシンポジウム1「基礎研究から臨床応用へ」が開催されました。藤田保健衛生大学の向野先生、浜松医科大学の山内先生、徳島大学の東野先生、関西電力病院の梅本先生が発表され、今後のリハにおける基礎研究の重要性、若手リハ医へのアドバイスなど活発な討議が行われました。次に教育講演1として、来年の専門医会学術集会代表世話人である昭和大学の笠井先生による「リハビリテーションと音楽療法」の講演をいただきました。先生のご経験された音楽による機能回復例、今後の臨床応用などについて紹介されました。

ランチセミナー、総会を挟み午後からパネルディスカッションとして「リハビリテーションのトピックと専門医」を企画し慶應義塾大学の大高先生にロボット、藤田保健衛生大学の岡崎先生に摂食嚥下、筑波大学の篠田先生からリハ科医のキャリアパス、産業医科大学の松嶋先生からポストポリオ症候群のご講演をいただき、最新の研究と今後の専門医会・若手専門医へのご意見等をいただきました。

教育講演2では、長寿医療研究セン



ターの近藤先生に最近のトピックである高齢者の虚弱(フレイル)と、今後ますます需要が増加するであろう高齢者のリハについて解説していただきました。教育講演3は、RJNと共同企画で外部講師をお呼びし、耳鼻咽喉科を開業されながら女性医師のための保育園を開設運営されておられる池田美智子先生に保育支援の現状と課題、実際の御苦労などお話しいただきました。

教育講演4は旭川医科大学の大田哲生先生から、新規にリハ科を開設された御苦労などをお話しいただきました。

脊髄障害SIG企画では、脊損患者の歩行再建の実演、痙縮治療SIGによるボツリヌス治療とITB治療のハンズオンセミナーが行われました。

夕刻からは、意見交換会を開催いたしました。リハ学会理事長の水間先生にご挨拶等をいただき専門医間の交流を深めることができました。

2日目は朝早くからシンポジウム2で、急性期医療を実際にこなしておられる先生方に現状と問題点を討論していただきました。北海道大学の磯山先生に移植医療、飯塚病院の黒木先生に内部障害、杏林大学の山田先生に脳卒中の急性期、熊本大学、大串先生に大学病院の急性期リハをお話しいただき、今後の展望につきディスカッションが行われました。

教育講演5は川崎医科大学の花山耕三

先生に、神経筋疾患・脊髄損傷の呼吸リハをご講演いただき、学会監修のガイドラインの概説をしていただきました。教育講演6は金沢大学の八幡先生に「リハビリテーション診療で遭遇するかもしれないピットフォール」をお話しいただきリハ科医ならではの診療のポイントを講演いただきました。教育講演7は岐阜大学の青木先生から障害者スポーツへの帯同を通し貴重なご経験をご講演いただきました。2日目のSIG企画では切断・義肢SIG電動義手ハンズオンとして実際のデモをいただき電動義手処方ポイントの演習を企画していただきました。専門医・指導医更新に必要な医療倫理・安全研修指定講演は滋賀県立成人病センターの川上先生にご講演いただき、臨床現場での安全管理についてお話しいただきました。午後にはRJNセミナーで「今もっとも求められる医師=リハビリテーション科医師とは」の講演、臨床神経生理SIG企画でハンズオンセミナーが行われ多数の参加がありました。

多数のご参加をいただき無事盛会のように学術集会を執り行うことができました。関係各位に大変感謝いたします。有意義な集会となったと思います。今後も専門医会のますますの発展を祈念いたします。

<資格認定委員会>

当委員会は浅見担当理事以下、6名の委員により専門医や認定臨床医、指導医の各資格の受験や更新の際の申請書類の審査、認定を主に行っております。また、関連する多くの制度や規則などの整備についても関係する諸委員会のご協力を得てすすめております。さて、2017年度から日本専門医機構 (<http://www.japan-senmon-i.jp/>) による新専門医制度が開始されることとなり、2014年8月にその整備指針が公表されました。会員の諸先生におかれましては、今後の「学会専門医」から「機構専門医」への移行に伴う資格認定や更新の手続きの変更に備えて、学会からのご連絡や広報に十分ご留意くださいますようお願い申し上げます。また、学会ホームページには「地域別専門医リスト」に加えて、「認定臨床医リスト」も公開されておりますのでご参照ください。(委員長 下堂 蘭 恵)

<診療ガイドラインコア委員会>

このたび本委員会の委員長を務めることになりました横浜市総合リハビリテーションセンターの高岡です。今年度は委員の全面的な入れ替えがあり、平成26年10月に初回の委員会が開催され、その場で委員長選出、今後の計画等を議論しました。

現在、脳卒中治療ガイドラインの改定作業以外には、本学会が主体的に関わっている新たなガイドラインはありません。今後は、既刊のガイドラインの改定と新たなガイドライン作成について、選定作業を実施していきますが、本格稼働は来年度からとなる予定です。ちなみに、来年度は安全管理に関するガイドラインの改定をすすめる計画となっています。

会員の皆さまからも、このようなガイドラインがあったらよい、というご意見・ご希望をお聞かせ願えると幸いです。なお、ガイドラインは発刊から一定期間経過するとダウン

ロードが可能となるのが一般的です。学会HPにもお知らせが出ておりますので、ぜひご利用ください。

最後に現在の委員を紹介いたします。担当理事：近藤和泉、委員：数田俊成、根本明宜、宮越浩一、和田太、特別委員：高橋秀寿、辻哲也、橋本茂樹、花山耕三、藤原俊之、古澤一成（敬称略）。よろしく願いいたします。

(委員長 高岡 徹)

<障害保健福祉委員会>

難病医療法が制定、併せて児童福祉法の一部改正が行われました

難病患者の医療の確保・療養生活の質向上を目的として「難病の患者に対する医療等に関する法律（難病医療法）」の制定と児童福祉法の改正が行われました。いずれも平成27年1月からの施行です。これまでの「難治性疾患克服研究事業」「特定疾患治療研究事業」「難病特別対策推進事業」などの内容が法的に位置付けられたような形となっています。

調査研究を見据えた「難病」、治療時の医療費助成を見据えた「指定難病」、小児難治性疾患治療時の医療費助成を見据えた「小児慢性特定疾病」、などを対象として、調査・研究体制の整備、特定医療費の支給、情報収集・広報活動、人材育成・資質の向上を通して、難病患者の社会参加と地域での共生を目指すものとなっています。

特定医療費支給が受けられるのは、指定医療機関で指定難病や小児慢性特定疾病にかかる医療を受けた場合で、指定医療機関は都道府県が指定、指定難病や小児慢性特定疾病の種類は厚生労働大臣が指定することになっています。

また都道府県は、当事者や関係者より構成される難病対策地域協議会において地域での体制整備を努め、相談支援・サービス提供者の育成・訪問看護について療養生活環境整備の事業実施に努めることとなっています。

(委員長 正岡 悟)

<社会保険等委員会>

最近の診療報酬改定は平成26年に行われ、リハビリテーション（以下、リハ）新設項目は以下の4つです¹⁾：①ADL維持向上等体制加算、②回復期リハ病棟入院料体制強化加算、③地域包括ケア病棟入院料、④介護保険リハ移行支援料。

①②の現状について報告します。

① ADL維持向上等体制加算

ADL維持向上等体制加算は、急性期病院の病棟に専従の常勤PT、OT、ST 1名以上配置すると、患者1人につき25点を14日間算定できます。さらに「リハ医療に関する3年以上の経験を有し、適切なリハ研修を修了している」常勤医師1名が必要で、社会保険等委員会は「急性期病棟におけるリハ医師研修会」を4回開催しました（表1）。ただし、ADL低下や褥瘡発症に関してアウトカム評価があるので注意が必要です。

表1 急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会

回数	日時	場所	参加者(リハ学会員)
第1回	4/12-13	東京慈恵会医科大学中央講堂	251 (216)
第2回	5/24-25	愛仁会看護助産専門学校6階 ナイチンゲールホール	103 (81)
第3回	6/14-15	久留米大学医学部教育一号館5階1502教室	81 (58)
第4回	12/6-7	昭和大学医学部	106 (82)

表3 外保連提出項目

1. コンピュータによる筋力検査
2. リハビリテーションカンファレンス
3. 間歇的導尿（算定期限の撤廃及び増点）

② 回復期リハ病棟入院料体制強化加算

回復期リハ病棟での体制強化加算においても専従の常勤医師の条件として、「リハ医療に関する3年以上の経験と、リハに係る研修を修了する」とあります。リハ医療に関する経験の内容が曖昧で厳格化が望まれます。また、医師研修会をリハ医学会が主催していないので、今後検討する予定です。

今回の診療報酬改定は平成28年で、社会保険等委員会は内科系学会社会保険連合（内保連）と外科系学会社会保険委員会連合（外保連）に平成28年度診療報酬改定案を提出する予定です（表2、表3）。平成30年に診療報酬改定と介護補修改定が同時に行われるので、医療保険だけでなく、介護保険の動向についても十分注意すべきと考えます。

(委員長 木村 浩彰)

表2 内保連提出項目

1. 急性期ADL加算の増点、およびER、NICUへの適応拡大
2. がんリハの算定要件の緩和・がんリハを外来でも算定可能とする
3. 神経学的検査にリハ専門医を収録する
4. 回復期リハ適応疾患にパーキンソン病の急性増悪を加える
5. 介護保険対象者の訪問・通所リハを行っている患者の急性増悪に対して医療による2週間限定で1日4単位リハを可能とする。
6. 廃用症候群を脳血管障害等から分離させて、別の施設基準とする

資料

- 1) 石川 誠、水落 和也 他：平成26年度リハビリテーション医学に関連する社会保険診療報酬改定について。Jpn J Rehabil Med VOL. 51 NO. 6；330-335、2014。

<関連専門職委員会>

関連専門職委員会は、リハに関連する保健・医療・福祉その他の分野に属する専門職の諸問題について検討しその連携をはかることを業務としております。平成26年度から、久保俊一理事、帖佐悦男理事、武居光雄委員長、竹川徹、佐久川明美、中村純人、堀田富士子の各委員で構成されています。

①リハ関連職種卒後教育問題：リハ関連10団体人材育成部会が中心となって（部会長：水間理事長）キャリアアップに関して各職種間で整合性をつける形で定期的に会議を開催している。

②臨床心理士国家資格化問題：議員立法として成立する予定であったが解散により廃案になる恐れが生じたため、一旦取り下げて再度上程することとなった。

③地域包括ケアシステム構築に向けて：チーム医療推進が叫ばれて久しいが、2025年問題を解決するための地域包括ケアシステムに対して、各種委員会が連携し検討している。

④リハ医がリーダーシップをとるために：かかりつけ医としてリハ医がどうあるべきか？他の委員会とも共同し、関連専門職を交えた研究会の実施を検討している。

⑤関連専門職団体へのアンケート結果とこれからの方向性を理事会へ報告しましたのでご覧ください。

⑥マッチングアンケート調査の結果と今後の方向性（現在、検討中の課題）：リハ科専門医と各学校とのマッチングシステム構築を具体的に開始する予定。

会員の皆様のご意見・ご提言を委員会までお寄せください。

（委員長 武居 光雄、担当理事 久保俊一、帖佐 悦男）

<会則検討委員会>

日本リハ医学会の公益法人化による定款の改定に伴う会則の改正案が理事会により審議され、その検討を行いました。委員会の検討後理事会へ答申し、11月29日の理事会にて改正案が承認され、同日施行となりました。定款施行細則を含む規則9規程、内規8規程、申し合わせ6規程の計23規程（後述）の改正です。改正は、主に上位規程の改正による下位規程の紐づけの規定の改正、各規定内の文言の改正（例：代議員→社員、評議員→代議員等）、会則集の目次の改正などですが、リハ科女性医師ネットワークが専門医会から独立したことに伴う定款施行細則の規定の改正や会計処理の変更に伴う暫定予算に関する規則を廃止する規則と会計処理に関する規則の新規も含まれています。

改正されました会則は、ホームページへ掲載いたします。また、今後改正が必要な規程は、順次検討を行って行きます。会員の皆様におかれましては、リハ学会の根幹である改正されました会則集を是非ご確認くださいませようをお願い申し上げます。

改正にあたり、素案を作成されました椿原彰夫前担当理事、ご検討いただきました上月正博担当理事、各委員の先生方、また膨大な文書を作成いただきました事務局の皆様には、この場をお借りいたしまして感謝申し上げます。

改正された23規程

- I 総則関係 8規程（I-2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12）と新規1規程
- II 人事関係 4規程（II-6, 7, 8, 13）
- III 委員会関係 1規程（III-20）
- V 教育・研究・研修関係 4規程（V-2, 5, 7, 17）
- VII その他 5規程（VII-1, 4, 5, 7, 8）

（委員長 伊勢 眞樹）

<北陸地方会だより>

次回の第37回日本リハ医学会北陸地方会を、2015年3月14日（土）、金沢大学病院宝ホールにて開催いたします。教育研

修講演として、金沢大学保健学系・染矢富士子先生による「間質性肺炎のリハビリテーションの最近の動向」では、最近の間質性肺炎に対するリハの動向とともに、間質性肺炎症例におけるQOLと機能障害の関連性、運動誘発性の低酸素血症、在宅酸素療法など注意すべき問題点についてもお話ししていただける予定です。続いて、北野病院神経内科・齋木英資先生による「パーキンソン病患者の機能予後改善のために—外科治療とリハビリテーションについて—」では、DBSの適応と効果、パーキンソン病に対するリハビリテーションのエビデンス、内科的治療・外科的治療・リハビリテーションの併用の重要性についてお話ししていただける予定です。どちらもそれぞれの分野の第一線で活躍されている先生方のご講演です。多くの皆様のご参加をよろしくお願い申し上げます。

一般演題の締め切りは2月10日（火）です。毎回、様々な領域の発表があり、活発な討議が繰り返されております。今回も盛会となることを期待しております。

（事務局幹事 中川 敬夫）

<近畿地方会だより>

2014年9月20日（土）に第37回日本リハ医学会近畿地方会学術集会を大阪市中央区の大手前病院にて開催いたしました。一般演題は、脳卒中、骨関節疾患、内部疾患など多分野にわたる症例報告から最新の測定機器による解析報告まで29演題ものご発表をいただきました。教育講演は、「脳深部刺激術とボツリヌス治療におけるリハビリテーションの役割」（徳島大学大学院 ヘルスバイオサイエンス研究部 先端運動治療学 特任教授 後藤恵先生）、「動作制限のない人工股関節全置換術のために」（大阪大学大学院 医学系研究科 器官制御外科学 整形外科 講師 坂井孝司先生）、「筋ジストロフィーのリハビリテーション」（国立病院機構 刀根山病院 神経内科部長 松村剛先生）の3演題でした。いずれのご講演も最先端の知見を含み、大変わかりやすく解説いただきました。運動障害疾患、股関節外科、筋疾患と多岐にわたるテーマでしたが、種々の合併症を持つ高齢者のリハ医療に直結する内容であったと思います。最終的に183名もの多数の先生方にご参加いただきました。また、各演者・座長の先生方、ならびに近畿地方会関係者の皆様方にこの場を借りて厚く御礼申し上げます。（第37回近畿地方会学術集会担当幹事 須貝 文宣）

<九州地方会だより>

第37回九州地方会学術集会は橋本洋一郎幹事（熊本市市民病院診療部長・神経内科部長・リハビリテーション科部長・地域医療連携部長）の担当で、本年2月8日（日）、くまもと森都心プラザ（熊本市）で開催されます。午前の一般演題に引き続き、午後の教育研修会では岡田靖先生（国立病院機構九州医療センター・臨床研究センター長）に「脳血管内科医からリハビリテーション科専門医に望むこと—リハビリテーションと治療の継続—」を、水田博志先生（熊本大学大学院整形外科学分野・教授）に「関節外科の進歩とリハビリテーション」を、そして山口和正先生（長崎県立こども医療福祉センター・所長）に「肢体不自由児施設の現状と課題」をご講演いただきます。多くの会員の皆様のご参加を心からお待ちしております。開催の詳細は九州地方会ホームページ <http://kyureha.umin.ne.jp/> にもご案内いたします。抄録集は開催約1カ月前からダウンロード可能となります。また同ページには九州各県単位で開催される専門医・認定臨床医生涯教育研修会をはじめ各種ご案内もごさいますので合わせてご覧ください。

次々回、第38回学術集会は田中正一幹事（ちゅうぞん病院・院長）の担当で、本年10月4日（日）、てんぶす那覇（那覇市）にて開催の予定です。（事務局担当幹事 山之内 直也）

このたびは、いつも拝読しているリハニュースへの執筆の機会をお与えいただきありがとうございます。大学卒業から25年を耳鼻咽喉科医として過ごしてきましたが、そのうち最近の8年間は日本リハ医学会にも入会し認定臨床医としても過ごさせていただきました。双方の診療科を見た立場から、リハ医の先生方へのご期待を書かせていただきます。

耳鼻咽喉科とリハビリテーション

耳鼻咽喉科はご承知の通り聴覚をはじめ平衡覚・嗅覚味覚といった感覚器や発声・言語・嚥下・表情運動といった人間的・文化的な生活をおくるうえで重要な運動機能を扱っております。このため、聴覚・言語障害をはじめとする感覚運動障害に対するリハビリテーションが耳鼻咽喉科の立場からも行われております。当科領域の疾患に伴う、言語や発声・嚥下の障害、顔面神経麻痺に対する訓練につきましてはリハビリテーション科（以下、リハ科）の先生方にもなじみの深いところかと存じますが、新しいところでは人工内耳埋め込み手術後の言語聴覚療法や、良性発作性頭位めまい症や前庭機能障害への理学療法が積極的に行われております。これら耳鼻咽喉科として行われる機能訓練の特性としては、多くの場合外来での指導が主体でそれに基づいて自身や子供さんでは家族の手により自宅で反復して自主的な訓練が行われるという形となっております。

耳鼻咽喉科とリハ科のかかわり

耳鼻科からリハ科へのかかわりは、ひとつは上記のような耳鼻科領域の障害に対するリハビリをお願いする場合でリハ医の先生に処方そのものをお願いしたり、処方をご確認いただいたりでお世話になっていると思います。規模の大きい病院になると耳鼻咽喉科専属の言語聴覚士がいる場合もあり、そのような場合や施設にリハ科がない場合は独自に処方が行われていますが、耳鼻科医はリハ処方に関する保険診療上の知識を十分に持っていない場合が少なくありません。リハ処方においてリハ医の先生方のご支援をいただくとありがたく思います。

一方、リハ科患者さんへの耳鼻科のかかわりでは、入院患者さんの気管切開をはじめとする気道管理、咽喉頭の炎症や腫瘍性病変に対する治療、嚥下に対する

手術的対応が多いと思います。この他、おそらくはリハ科で入院となっている中枢疾患に耳科疾患による難聴が合併している場合や運動器障害にかくれた耳性めまいなどまだまだ協力すべき余地は大きいと思います。もっと気軽にご相談いただける関係ができれば良いと思っておりますが、総合病院を除けばリハ施設と耳鼻科医の連携自体がなかなか難しいのが現状です。これから地域連携の流れが加速する中でそれぞれのステージで耳鼻科医はどう適切にサポートの役割を果たせるか今後の大きな課題だと思っております。

リハ医へのご期待

耳鼻咽喉科とリハ科は、感覚障害・末梢性障害と中枢・運動器障害と扱う領域に違いはありますがともにQOLの向上を中心に据えた医療を行っている点が共通する部分であろうと思っております。認定臨床医の試験に向けてリハ医学を勉強し直した際に、リハビリテーションとは単なる機能訓練ではなく社会復帰・社会参加に向けた活動であるという言葉に改めて感銘を受けました。障害を持つ患者さんの社会復帰・社会参加への支援という点でさらなる協力関係を作ることができると思っております。医療チームや地域連携のコーディネーターとしての役割をこれまでも果たしてこられたリハ医の先生方には今後もイニシアチブをとっていただき、必ずしもリハビリテーションに対する意識の高い医師ばかりではないかとは思いますがぜひとも耳鼻科医を連携の輪に引き込んでいただければありがたいです。さらにリハ医の先生方が進んでいると思う点は社会への働きかけです。作られた医療制度に従うばかりではなく、より良い制度のために活動されている姿勢には我々も学ばせていただきたいと思っております。ぜひともこのような社会活動においても進んで動いていただき、当科を含む他科の医師たちを引き込んでいってほしいと思っております。

従来のリハビリテーションを超えた神経機能回復に向けたさまざま新しい試みも期待を持って見させていただいております。運動機能回復を目指した新しい治療が感覚器の機能回復にも役立てられる可能性があり、またその逆もあると思っております。診療科の枠を越えて研究面での協力関係が生まれることを望んでいます。

当リハ医学分野は、2014年1月に開設され、既に1年が過ぎようとしております。講座開設にあたっては、名古屋市から多大な運営資金を給付いただき、これを原資として、現在、スタッフとともに医局作りに邁進しております。

リハ医局が開設される以前は、付属病院リハ部での診療が私達の主たる仕事でした。リハ科が開設された現在でも診療は最も重要な医療活動で、神経内科や脳神経外科あるいは整形外科などを中心に様々な診療科からたくさんの依頼を受けてリハ医療を遂行しております。とは言え、常勤のリハ科専門医は私のみ、医局スタッフは総勢4名と、正に少数精鋭(?)の様相を呈しております。そのため、整形外科や脳神経外科あるいは名古屋市総合リハビリテーションセンターから応援医師を派遣していただき、診療が成り立っているのが現状です。

医局スタッフを紹介いたします。准教授は水谷先生で、脊椎、脊髄疾患を中心としたリハ診療、研究を行っております。現在、アメリカUCSFに留学中で、脊髄障害に対する神経再生などの研究に従事しております。講師の植木先生は、昨年まで神経内科学教室員でしたが、本年からリハ講座立ち上げに参加しております。彼女は中枢神経障害を中心に診療、研究活動を行っており、現在は経頭蓋直流刺激による運動学習の向上を目指した臨床研究を精



名古屋市立大学大学院リハビリテーション医学分野

〒467-8601 愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄 1

Tel 052-853-8733 Fax 052-853-8735

力的に行っております。また、助教の伊藤先生は二分脊椎症など小児麻痺性疾患の下肢障害に関する動作学的研究を行い、その成果はリハ関連学会で積極的に報告しております。私事で恐縮ですが、私は当大学で約30年にわたってリハ医学とともに小児整形外科や足の外科学を基盤とした研究、診療、教育活動を行って参りました。そうした経緯から、運動学的評価を基盤とした装具の開発や筋緊張緩和手技の開発に取り組んでおります。

私はリハ医学分野の意義あるいは理念を、「リハ医学・医療を通じた社会貢献」と位置づけております。その理念を完遂する方策として、①リハ科専門医、特に小児療育に強い専門医の育成、②リハ医療の充実と他施設との連携、③基礎、臨床研究の発展、展開という3つの命題が重要と考え、今後も粛々と課題に取り組む所存です。どうか皆様のご理解やご指導を賜りたく、何卒よろしくお願い申し上げます。

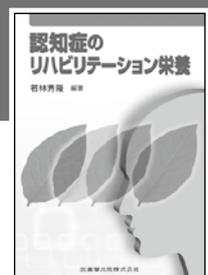
(文責 和田 郁雄)

●最新の認知症のリハビリテーション栄養がわかります！

認知症のリハビリテーション栄養

◆若林秀隆 (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助教) 編著
◆B5判 200頁 定価(本体4,000円+税) ISBN978-4-263-21493-0

- リハビリテーション栄養は、認知症予防や軽度認知障害に対する効果が期待されます。また、軽度から中等度の認知症に対するリハビリテーションや栄養療法には、一定のエビデンスがあります。これらと薬物療法、ケアを含めた包括的な介入を行うことで、認知症医療、介護の質をより向上できる可能性があります。
- 本書は認知症やリハビリテーション栄養に従事する多職種医療スタッフが、認知症のリハビリテーションや栄養療法により関心をもっていたら、適切なリハビリテーション栄養介入ができることを目的にまとめられています。



■おもな目次■

- 第1章 認知症の診断と治療
- 第2章 認知症のリハビリテーション栄養
- 第3章 主な認知症疾患のリハビリテーション栄養
- 第4章 施設別のリハビリテーション栄養

2014年度医学生リハセミナーに参加して

2014年度夏期医学生リハセミナーには、9施設37名の参加がありました。セミナーの案内として、本年度は学会ホームページへの協力参加施設掲載の他に、チラシを作成し全国大学医学部等へ配布依頼を行いました。今年度は昨年度より参加者数が増加いたしました。開催施設に感謝申し上げます。ここに参加者から寄せられた感想文を掲載いたします（順不同）。

教育委員会 医学生リハセミナー担当 石井雅之

《2014年度夏期》 計21名分

JCHO東京新宿メディカルセンター

JCHO東京新宿メディカルセンターにてリハセミナーに2日間参加させていただきました。このセミナーに参加した理由は大学の講義で2コマ程リハのお話を聞く機会があり、回復過程が目でもはっきり見えてくるという点に興味を持ち、もっとリハ科について知り

たいと考えたからです。この2日間で最も強く感じたことは、リハ科は患者のADLの向上を図り全人的に捉えて治療していくため、医療の根本であるQOLを高めるということを実践できる診療科であるということです。そしてそのQOLを高めるためには医師や看護師だけでな

く、PT・OT・ST・ソーシャルワーカー等多くの人が関わることで成り立っていると強く感じました。

健康寿命を伸ばすということが現代の医療の目標となっている中で、リハ科はその鍵となる診療科であるということを学ばせていただきました。お忙しい中2日間指導してください本当に有難うございました。

JA長野厚生連 佐久総合病院

実習の前まで私はリハ医学とは主に運動機能を訓練によって、もしくは補助器具によって回復させるもの、と簡単に理解していました。しかし実際には脳卒中、心臓、呼吸器、小児、さらに嚥下、コミュニケーション、高次脳機能に至る非常に広範囲に渡る領域を対象としており、それぞれの専門分野において細やかなケアが行われているということを知ることができました。さらに、リハ医学ではただ機能面での改善を目指すだけでなく、そこで獲得した身体機能をどのように日常生活

の中に適応させていくかについて、患者さんに可能な動作や、自宅などの周辺環境、今までの生活習慣も含めた広い範囲から考えているということも知ることができました。

人が人らしく生きていくためには、自分の人生に意味を見出し、そして価値を見出していくことが重要であると考えています。その為には歩くことや食べること、話すことなどの身体的機能が維持されていることが重要になるでしょう。しかし、身体的機能以上に重要な事は、例えば畑に行く、仕事をする、人と談笑をする、

皆とごはんを食べるといような、社会生活へ参加していけるということであると実習の中で改めて感じました。そして社会生活への参加は障害によって阻まれるものではなく、障害を受けていない身体機能や様々な装具を利用することによって実現させていくことができるということを知ることができました。

一週間と短い間でしたが、リハ医学について今まで以上に深く理解することができたと思います。大変勉強になりました。このような機会を戴きありがとうございます。

京都民医連中央病院

京都民医連中央病院で神経内科と回復期リハ病棟を中心に参加した。

神経内科回診では、入院患者が回復期リハ病棟に移せるのかどうかを慎重に判断していた。入院期間の延長措置としてではなく、回復期病棟での期限のある入院期間内でどれだけ効果的に回復することができるのか、本人

の意志と家族のサポート、そして退院後の生活を視野に入れた議論がされていた。

回復期リハカンファレンス&回診では、患者の現状把握と回復の展望について多角的に議論していた。医師、看護師、セラピストが連携してチーム医療を実践している現場を見学できたことと、家族を含めた面談を行い、日常生活への配慮をしながらリハに対する動機づけを行っ

ていたことが印象的だった。

リハ・神経内科外来では、長谷川式スケール20点から15点を境界に患者の生活に支障が出やすくなり、介護者との衝突が起きやすいということを学んだ。介護虐待を防ぐために、介護者にも病気の進行状況を詳細に説明して治療の同意を得ることは非常に重要であると感じた。

いわてリハビリテーションセンター

このセミナーに参加したのは、リハに関わる医師がどのような日常診療を行っているのか知りたいと思ったからです。

いわてリハビリテーションセンターはとても空気の澄んだ、落ち着いた環境の中にあつて建物の中が明るい造りとなっていました。第一印象でリハに励む建物の雰囲気も大切な要素の一つだと感じました。

さらに病棟の造りの工夫や、食器の工夫、患者さんに合わせた車イスなど自分の知らないものをたくさん見て本当に驚きました。

リハはPT、OT、STさんがやっているものという訓練みたいなイメージしかなかったのですが良い意味でそのイメージが壊れました。

先生方のスケジュールは患者さんや家族との面談、カンファレンス等でびっしり埋まってお

り、時間をかけて患者さん一人一人と向き合っているのだなと感じました。

実際の現場を見学させていただくことができ、とても勉強になりました。将来的にはリハに関わっていきたいという思いが一段と強くなりました。

このような貴重な経験をさせていただき、ありがとうございました。

藤田保健衛生大学病院、七栗サナトリウム

【医学生】

●大変貴重な経験をさせていただきありがとうございました。自分が普段学んでいる大学にはない、呼吸リハビリロボットの見学はとても興味がわきました。また、これらの実用性についてなども丁寧に説明していただき、今後、医者になる上で大変勉強になりました。特に、リハビリロボットについては今後ますます発展していく分野だと考えます。今後のセミナーではそれらのリハビリロボットの最終目標や、どこまでの支援が可能になるであろうかといった未来の展望についての話が聞けたらと思いました。非常に多くのことを学び、まだまだ自分の認識の甘さと勉強不足を痛感しました。今後の勉強の糧としたいと思います。リハビリ科は普通の科とは違う専門的な知識と患者さん自身をみる力が必要だと感じました。とても充実した2日間となりましたありがとうございました。

●自分の学校の病院ではリハビリの実習をあまりする機会もなく、リハビリ科の先生も少ないため多くのことが新鮮でした。特にリハビリロボットなどの体験は初めてだったので、興味深かったです。また機会があれば参加し、今後に活かしたいと思います。

●自分が在籍している大学のリハビリ科でのポリクリや実習ではほとんど習うことのできない手業や講義、ロボット等の先端技術に触れることができました。このような貴重な機会を設けていただき本当にありがとうございました。

●普段の病院実習で見ることのないリハビリ科としての視点、治療の在り方を学ぶことができました。教科的な症状の知識しか持っていなかったのが、実際に体験することができて、より患者さんの観点到に近づくことができました。ありがとうございました。

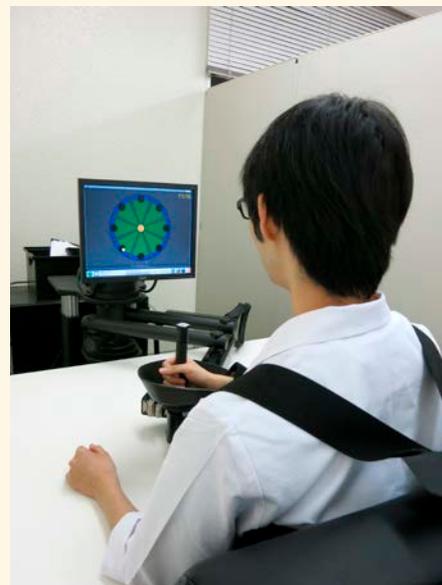
●以前参加された知り合いの方に紹介されて今回参加させていただきました。どの分野でもリハビリは重要な位置付けだとは思っていましたが、しっかりと知り、学ぶ機会はありませんでした。興味深いことばかりで大変充実した3日間を過ごさせていただきました。正直な所、今までリハビリは療法士がやるものだというイメージがかなり強く、リハビリ科がなぜ存在し、どういったことをしているのかほとんど知りませんでした。今回参加させていただいて、まずリハビリ科というものが自分のなかの選択肢として挙げられるようになったことは一番大きかったと思います。また、リハビリ科以外の選択をしたとしても、リハビリはどの分野とも切り離すことは難しいですし、特に高齢化が進んでいくこれからの社会で非常に重要な位置付けになることは明らかなので、その重要性を感じられたことも、自分にとって大きな収穫でした。全体を通して、講義と体験がバランスよく組まれている3日間、飽きるというようなことは全く感じませんでした。

もちろん、今回のようなセミナーだけでリハビリ医学・医療について十分に理解できるわけではないと思いますが、これから考え、学んでいくためのきっかけになったと思います。また、宿泊や交通費などの面倒まで見ていただいたのは、特に学生の私にとっては大変ありがたかったです。これからへの希望としては、心臓リハビリなども見る機会などもいただければ、さらに広い分野についてふれることができるかもしれないと感じました。3日間、大変お世話になりました。

●今回、藤田のリハビリ科のことを知ることができ、実際にこちらでセミナー参加させていただくことで、本当に良い体験を積み重ねることができました。在籍大学にもリハビリ科の講座はありますが、日頃リハビリの業務内容にふれることは少なく、ハイライトのようなかたちでリハビリ科医の領域を大きく見せてくださったおかげで、病院におけるリハビリの役割や具体的な仕事内容を知られたと思います。ただ、やはり3日間ではリハビリ科医の日常や患者さんへの回復している過程を見ることまではできず、こればかりは1週間単位の見学や将来的には研修などでしか分からないところなのだろうと感じました。また、もし可能であれば、リハビリ連携している他科の先生方の意見も伺うことができれば、より「横系」としてのリハビリ科の魅力も知ることができて良いのではないかと思います。このような勉強会に参加させていただくのは、これが初めてでしたが、予想よりはるかに楽しく、また温かい歓迎をくださり、リハビリ医学という分野について強烈な印象を与えていただきました。ぜひまた来年以降のセミナー参加やもしかしたら数年後の研修生活などで、藤田リハビリの先生方に再会することができればとても嬉しく思います。あつという間の3日間で、名残おいしい限りです。ありがとうございました。

●この3日間でリハビリ科というもの必要性と面白さが伝わり、リハビリ科というもの何なのかなんとなく理解できました。患者さんにとってすごく大事なのに大学であまり学ばないのはなぜだろうと思います。今回のセミナーではリハビリロボット体験など、ここでしか体験できないような貴重な経験をさせていただき非常に心に残るものでした。また、昼食時など先生方のお話を聞くこともでき、将来のためにとっても価値のあるものだったと思います。食事もすごく美味しかったです。本当にありがとうございました。

●今回の参加は、友人に誘われてという受身的なものでしたが、リハビリのセミナーはどれも触れたことのないもので、有意義な時間を過ごすことができたと思います。特に興味深く見学・体験できたのは、訓練の様子と装具についてのお話でした。病院内にここまで大きなリハビリエリアがあり、さらにそこが多くの医療者と患者によって活気付いているのを見るのは初めてのことであり、また、非常に驚きました。麻痺患者の程度に合わせて、それでもかなり早い段階で歩行訓練をしているのを見ることができ、患者



上肢ロボット体験



義肢装具実習



筋電図検査実習

が家へと帰れるために大切なことなのだと実感できたのも良かったと思います。また、歩行訓練の段階や患者の程度に合わせて屈曲のものと装具を調整し、歩行を行いやすくしていることも患者のことを真に考えての結果であると感動しました。自分は元々急性期に興味のある人間であり、今回の急性期リハビリの見学は非常に楽しみにしていました。特にICU、NCUの見学では、まだ意識レベルが低く、多くの外部管理がほどこされている患者に対し、リハビリ科医、PT、OT、ST等が連携してリハビリを行っている様子を見ることができ、その体制が整っていることに非常に感動を覚えました。また、そうした体制をまとめているリハビリ科医には、ジェネラリスト的な広い知識が必要であると感じ、様々な患者に対しそれぞれに的確なリハビリを施すことのできるリハビリ科医に格好良さを感じました。また、リハビリの患者の社会復帰を支援する面から、ロボットや

最新装具の開発等、工学系と協力して行っていく新技術も見学することができ、もちろんリハに必要な医療的なチームワークに加え、他分野を巻き込んだリハチーム像を感じたことも非常に印象に残りました。脊髄損傷におけるお話はご自身の体験をふまえた本当に貴重なものでした。特に車椅子からの移動などは実際に障害をかかえる方々がどのように考え何が大変に感じているのか少しだけですが知ることができたと思います。このことは少しでも今後の糧として患者の目線で想像するよう努めていければと思います。また、嚥下内視鏡検査も自分は初体験でそういった技術の難しさと大切さを感じられたと思います。被検者側のつらさも知ったので、今後に生かしたいです。これまでリハ科医というものの存在自体よく知っていなかったため、セミナーを通してその必要性を知ることができたのは一番の収穫でした。また、リハ科医の理念の一端に触れることもできたのは、今後どんな科に行くことになっても大切なことだと思うので良かったと思います。また、今回のセミナーを経て、多くの先生方のお話を聞くことができ、さらに皆さん本当に楽しそうに色々な話をしてくださる様子を見ることができたのも貴重な経験でした。加えてこちらの質問に対しやさしく答えてくださり、さらに詳しく教えてくださったことにも感謝しております。本当に刺激的で楽しいセミナーでした。ありがとうございました。

【研修医】

●4回目の参加だったにも係らず、柔軟に対応していただき、ありがとうございました。特に印象深かったのはICUでの早期離床、呼吸リハ実習、患者様宅への訪問でした。ICUの有り方は病院に戻っても活かすようですが、呼吸リハについては、今後適応のある患者様にぜひ実践したいと思いました。患者様のお宅訪問では、C5以下の脊損の患者様にお会いしました。様々な苦勞と工夫、試行錯誤の結果での今の生活と笑顔がとても心に残りました。患者様を支える家族、PT・OTなどのスタッフの力を感しました。その中で医者ができることは何か、を考えさせられました。今回の訪問から、今後の見込み、できることとできないことをきちんと伝え、患者様にきちんと向き合うことが大切なのではないかと思いました。貴講座でのセミナーは毎回新たな発見が多く、非常に勉強になります。特に初期研修医として働きはじめてから後のセミナーでは自分自身の疑問点、セミナーでの目標をもって参加させていただいております。今回は臨床現場に持ち帰る、小さな知識・体験を得られました。本当にありがとうございました。

●実際の訓練を体験すると、とてもわかりやすく面白く感じます。また患者さんとのふれあいとはとても有意義だと思います。ポリクリのとときはまた違う視点でリハ科を見学する

ことができ、とても良かったと感じています。とても親切に対応していただき感謝しています。ありがとうございました。

●患者さんと一緒に診させてもらい、内科診療をしっかりとやられているのを見て、リハにおける内科の重要性を再確認でき良かったです。患者宅見学では実際に見てみないとわからないようなことや何で困ったか?など貴重な体験談を聞け、今後活かされる話もあり、とても勉強になりました。ありがとうございました。

●リハ科医を中心としてスタッフの皆さんが「熱い、姿勢で働かれていること、良い意味で統率がとれていることが大変印象に残っています。回復期のリハ見学に加えて、ロボットなどの最先端のリハを見学・体験させてもらい本当に刺激になりました。リハ科医のしている仕事を基本的なことから説明していただき、新しい発見と知識の整理ができました。回復期リハの初期評価もさせていただいていたのですが、問診や診療などで抜けている部分がありましたので参考にさせていただき、今後活かしたいと思います。なによりリハ科医の先生方のお話を聞いて勉強になりました。しっかりとした急性期のリハをされている病院はあまり見たことがなかったので大変勉強になりました。不動症候群にならないように早期離床が大切とは分かっていつつも具体的にどのようなことをされているかもしっかり見させてもらいました。リハ科医のドクターが熱いのはもちろん、療法師が質問に的確に答えられている姿は印象に残っています。脊髄損傷の講義は、実際に車椅子に乗って移乗やウィリーの動作をした際の車椅子の不安定さが分かってイメージがつかしました。装具や排泄についてもあらたに知ったことも多く、今後また違った視点を持って患者さんに接することができると思います。「臨床も研究も患者さんのために」ということを忘れず、今後の医師としての仕事に生かしていきたいです。お忙しい中、本当にありがとうございました。

【医師（3年目以降）】

●何日間参加しようか迷いましたが3日間参加してよかったです。ICUでのリハが興味深かったです。呼吸リハは実際に体験することができ、患者さんの説明にも役立てそうです。運動学習についても面白く、部活動の後輩指導や、研修医への手技の指導にも使えそうだと思います。リハ科医って何?というところから、実際の検査や手技の体験ができてとても充実した3日間でした。

●入門コースとして大変親しみやすいセミナーでした。呼吸リハについて療法師の意見を聞いてよかったです。先端技術と併行して、身近な簡易な応用もしていただけるとありがたいです。運動器の知識がすっかり抜け落ちているのでリフレッシュできました。現状、内科でみているのは主に廃用、呼吸器なので、今すぐ使えるものではありませんが、リハの根幹だと思います。勉強し直していきたいと思いました。



随意運動介助型電気刺激装置体験



車椅子実習



呼吸リハ実習

●全講座楽しく勉強になりました。片麻痺患者さんの診察では、短下肢装具の角度調整を行いながら、歩行のメカニズムを解剖学的観点からふまえて勉強させていただきました。高次脳機能障害の講義では、様々な検査を体験することができました。グループワークでは、リハ科医の仕事、評価や判断を疑似体験することができ、今後の診療に役立つスキルや考え方を教えていただきました。検査、治療の体験では、論理だけでなく、自分の体として実感でき、人の体の仕組みについて考えさせられ、非常に楽しかったです。急性期リハ、呼吸リハ、嚥下では、普段の自身の診療での疑問、漫然と行っていたことへのアセスメントを伺うことができ非常に勉強になりました。運動学習では、普段なんとなく患者さんに「うまくいきましたね」等かけている言葉が、どのように作用し効果をあげていくかについて考えさせられ、自分としては全く新しい視点でした。リハロボットの講義、体験を通して、未来のリハについて考えさせられました。車椅子、義足と体験が多く、普段患者さんが過ごされている日常について、少し思いを巡らせることができました。多くの時間をさいていただき、本当にありがとうございました。今回学んだ知識・興味を元に、今後の学習に励みたいと思います。

伊豆夏期セミナー

【初期研修医2年目 男性】

2泊3日フル参加させていただきました。率直な感想は、参加して本当に良かったです。私はリハ科を志望していますが、このセミナーに参加して更にその思いは強くなり、モチベーションも上がりました。このセミナーは少人数なので、上の先生方とも気さくにお話しただける環境が何よりの魅力だと思います。

日中はリハに関する座学だけでなく、伊豆の回復期リハ病院で臨床の現場で具体的にどのようなことしているかを学べ、また車椅子など体験型の実習もでき、充実していました。夜も和やかな飲み会で深夜まで色々なお話ができ、親睦を深めることができます。リハに関わる先生方は、とても人間的で尊敬できる方ばかりです。

これから参加を検討されている方には、フル日程でなくても参加する価値があると思うので、心からおススメします。

【初期研修医2年目 女性】

私は現在初期研修医2年目で、既にリハ科に進むことを決めています。各教科ローテ

ション中の疾患の治療を学ぶことも大事ですが、この患者さん家に帰ったらどうなるだろう、ご飯をなんとか食べさせてあげられないだろうか、そんなことが気になってしまう毎日です。リハ科という選択肢は頭の片隅に研修開始前からありましたが、リハにすると決めたのは、そういつか人に一倍関心がある自分に研修をしていて気が付いたからです。

リハに行くとは決めたものの、学ぶ機会は研修中不足しています。何も知りません。そこで、来年以降に繋がればと思い、このセミナーに参加させていただきました。

セミナーでは、リハとは何かその歴史から教えていただきました。見学実習も多く盛り込まれていました。その中で、誤嚥に関して歯科との連携の有用性を知ることができたり、初めての経験で戸惑いつつも先生とディスカッションしながらリハ処方を書いてみたことは、特にいい勉強になりました。学んだことを、日々の臨床で気にしてみることが、リハ科医になる前から役立つと感じました。

盛り沢山の3日間でしたが、このセミナーの一番の魅力は、多くのミニレクチャーがあることだと思います。専門分野のことだったり、オリジナルの評価方法の有用性だったり、ボラン



車いすバスケ

ティア活動だったり、実に色々な内容をテーマに先生方がお話下さいました。リハの領域は幅広いとは言われ、それが魅力の一つとも思っていますが、その全貌を知らない私にとっては、新しく見聞きするものばかりでとても興味深かったです。自分の知らないリハが沢山あることを知り、これから何に興味を持って、どんな仕事ができるのだろうと思うとわくわくしました。

多くの先生方からたくさんのお話を聞くことができ、とても充実した3日間でした。リハに行く方、迷っている方、興味のある方には是非是非お勧めしたいと思えたセミナーです。本当にありがとうございました。

2015年 医学生セミナーにご協力いただける施設

	届け出施設名称		
北海道	旭川医科大学病院リハビリテーション科		
	北海道大学病院リハビリテーション科		
	元生会 森山メモリアル病院 札幌医科大学附属病院		
東北	青森県立はまなす医療療育センター いわてリハビリテーションセンター 東北大学病院 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター		
	関東	前橋赤十字病院 群馬大学医学部附属病院 埼玉医科大学病院 若葉会若葉病院 東京湾岸リハビリテーション病院 船橋二和病院 日本医科大学千葉北総病院 千葉県千葉リハビリテーションセンター 千葉大学医学部附属病院リハビリテーション部 総合病院 国保旭中央病院 船橋市立リハビリテーション病院 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 都立大塚病院 杏林大学医学部附属病院 東京大学医学部附属病院リハビリテーション部・科 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 帝京大学医学部リハビリテーション科 JCHO 東京新宿メディカルセンター (旧 東京厚生年金病院) 東京慈恵会医科大学付属病院 東邦大学医療センター大森病院 公益財団法人 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター 横浜市立大学リハビリテーション科 横浜市総合リハビリテーションセンター 東海大学医学部専門診療学系リハビリテーション科学 新潟大学歯学総合病院 総合リハビリテーションセンター 石和共立病院	
		北陸	富山県高志リハビリテーション病院 医療法社団勝木会 やわたメディカルセンター 公益社団法人石川勤労者医療協会 城北病院 金沢大学附属病院 リハビリテーション部 金沢医科大学病院
			中部 東海

中部・東海	浜松市リハビリテーション病院 第23回伊豆リハビリテーション夏期セミナー (主催: 医学生・研修医とリハビリテーションを語る会、共催: NTT東日本伊豆病院) 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学I講座 愛知医科大学病院 名古屋市立大学大学院リハビリテーション医学分野 藤田保健衛生大学七栗サナトリウム			
	近畿	滋賀県立成人病センター 公益社団法人 京都保健会 京都民医連中央病院 社会医療法人大道会 森之宮病院 社会医療法人愛仁会 高槻病院 近畿大学医学部附属病院 独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 大阪発達総合療育センター 大阪府立急性期・総合医療センター 大阪医科大学附属病院 リハビリテーション科 関西医科大学附属枚方病院・滝井病院 箕面市立病院 リハビリテーションセンター 兵庫医科大学病院 和歌山県立医科大学附属病院 和歌山生協病院		
		中国・四国	鳥取大学医学部附属病院 鳥取生協病院 島根大学附属病院 岡山大学病院総合リハビリテーション部 吉備高原医療リハビリテーションセンター 川崎医科大学リハビリテーション医学教室 公立みつぎ総合病院 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立リハビリテーション病院 井野口病院 医療法人ハートフル アマノリハビリテーション病院 医療法人社団 朋和会 西広島リハビリテーション病院 独立行政法人労働者健康福祉機構 山口労災病院 独立行政法人国立病院機構徳島病院総合リハセンター・ロボットリハセンター 松山リハビリテーション病院 伊予病院	
			九州	医療法人 相生会 新吉塚病院 産業医科大学 特定医療法人 順和 長尾病院 佐賀大学医学部附属病院 社会医療法人春回会長崎北病院 社会医療法人社団 熊本丸田会 熊本リハビリテーション病院 大分大学医学部附属病院リハビリテーション部 鹿児島大学病院霧島リハビリテーションセンター 独立行政法人国立病院機構 鹿児島医療センター

日本リハビリテーション医学会市民公開講座 —まだ踊れますか、阿波踊り？—

本医学会設立50周年記念市民公開講座を徳島で開催させていただきました。徳島といえば阿波踊りが有名です。阿波踊りは老若男女が楽しめるものですが、踊るには運動器、循環器、呼吸器など健康が保たれていなければなりません。にもかかわらず、徳島県では糖尿病、慢性閉塞性肺疾患などの粗死亡率が全国でも有数の高いレベルにあります。この状況を打開するには生活習慣の改善が不可欠であり、これに本医学会が貢献できると考えました。

徳島大学病院でのリハは急性期が中心で心大血管リハにも積極的に取り組んでいます。また、徳島大学には全国でも数少ない医科栄養学科があります。今回の企画にあたり、徳島県民のニーズと徳島、徳島大学の特徴を生かして、阿波踊りをキーワードにしました。高齢化率が27%を超える徳島での開催にあたっては、老人クラブ連合、老人福祉施設協議会などのご後援もいただきました。

当日は、まず徳島大学病院循環器内科の八木秀介先生に循環器の健康を維持するための平素からの運動の重要性をお話しいただきました。日本体育大学の武藤芳照先生には、転倒予防の大切さ、運動器の健康維持のための生活のコツ等について実践を交えて分かりやすく解説していただきました。



阿波踊り体操

徳島には2006年から徳島大学を中心に作られた阿波踊り体操があります。これを参加者に実際に体験していただいた後（写真）、医科栄養学科臨床食管理学の竹谷豊先生に日々の栄養摂取の重要性についてお話いただきました。

健康寿命の延伸は超高齢社会の日本にとって重要な命題であり、医学の各分野が取り組んでいるところです。こ

れに対して分野横断的に取り組むことができる日本リハ医学会の社会的使命は大きいことを今回の企画・運営を通じて再認識しました。ただ、一度の公開講座で啓発できる人数は限られています。今後、このような活動を効果的に継続する重要性を痛感いたしました。

（徳島大学病院リハビリテーション部
加藤 真介）

精神疾患が合併していても身体的リハビリテーションはできる

精神科・身体合併症の リハビリテーション

最新刊

総合的な治療計画から実践まで 平川淳一・林 光俊・仙波浩幸・上園紗映 編集

従来、精神疾患の合併が主な阻害要因で身体的リハビリテーションへの受け入れや維持が困難であった医療現場のギャップを埋めるために書かれた、我が国初の画期的なテキスト。医師、看護師、セラピスト、ケースワーカーといった多職種が総力をあげて執筆しました。代表的な精神疾患やその症状の知識や具体的な対処方法を、豊富な図版でコンパクトに提供しています。今後、精神障害や身体障害という括りでは分けられない重複した複雑な中間領域に対応しなければならないリハビリテーション専門家に必須とされる知識を網羅しています。

B5判・236頁・2色刷 定価（本体3,800円＋税） ISBN 978-4-7639-1076-9

協同医書出版社 〒113-0033 東京都文京区本郷3-21-10 tel. 03-3818-2361 / fax. 03-3818-2368 <http://www.kyodo-isho.co.jp/>



第38回日本高次脳機能障害学会

第38回日本高次脳機能障害学会学術総会が森悦朗会長（東北大学大学院医学系研究科高次脳機能障害学分野）の下、2014年11月28～29日の会期で仙台国際センターにおいて開催された。本学会は「行動神経学への誘ない」というテーマの元、日々高次脳機能障害に携わっている医師のみならず、療法士や多数のコメディカルが参加していた。筆者が第1日に参加したシンポジウム「視覚背側経路は何をしているのか」では、背側経路の障害により生じる様々な病態についての活発な討議が行われていた。第2日には、記憶のリハや認知リハのセッションも組み立てられ、高次脳機能障害者に対するリハアプローチの重要性を改めて感じた。また特別講演ではNeil R. Graff-Radford

先生が「Behavioral Neurology Takes You on a tour of the Brain」という題で日々の診療において出会う前頭側頭型認知症や大脳基底核変性症などの病態について詳細に解説された。

本学会は元々失語症の学会であることもあり、失語症に関連した脳機能に関する詳細な考察をした内容が多い学会であるが、高次脳機能障害者に対するリハにおけるニーズの高さは年々増しており、特に地域との連携強化が重要であると日々感じている。今後は単なる障害学の枠組みを超えた、患者の立場にたったリハの必要性を感じさせる2日間であった。

（東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 原 貴敏）



第44回日本臨床神経生理学会学術大会

第44回日本臨床神経生理学会学術大会が九州大学大学院医学研究院脳研臨床神経生理学分野教授飛松省三大会長のもと2014年11月19～21日の会期で福岡国際会議場において開催された。大会テーマは「極めよう臨床神経生理一朝から晩まで脳波・筋電図」であり、種々の脳機能計測法が開発されようともその基本は脳波・筋電図にあることを再認識できた。様々な診療科の医師や臨床検査技師さらに療法士といったコメディカルも多数参加しており、それぞれが異なる立場から活発な議論を展開し、とても刺激になった。

一般演題はtalking poster形式がとられ、3分間（スライド4枚）の口頭発表を日中行い、夕方に質疑応答をポスター会場で行う流れとなっていた。同会場では、朝はマフィンに珈琲、夕方にはワインやチーズが振舞われ、それらを片手に熱気溢れるディスカッションが繰り広げられ、まさに「朝から晩まで脳波・筋電図」の3日間であった。

最終日には同学会が開く技術講習会が開催され、著名な講師陣によるレクチャーマラソンの後、少人数に別れて脳波・神経伝導・磁気刺激のハンズオンセミナーも実施され、参加した筆者

にとっても多くの見識を得る貴重な機会となった。

来年度は木下利彦先生（関西医科大学精神神経科教授）のもと大阪で開催される予定である。また、会期中の理事会において第47回学術大会（2017年）の大会長に東海大学リハビリテーション科の正門由久教授が指名された。今日、リハ医学における臨床神経生理学的評価や治療介入の重要性はさらに高まっていると言えよう。同学会へのリハ領域からの積極的な参加がさらに促進されることが期待される。

（東海大学医学部付属八王子病院リハビリテーション科 古賀 信太郎）



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52回日本リハ医学会学術集会：5月28日(木)～30日(土)、朱鷺メッセ(新潟)、テーマ：今を紡ぎ、未来につなぐ、会長：里宇明元(慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室教授)、幹事：辻 哲也、Tel 03-5216-5318、Fax 03-5216-5552、<http://www.congre.co.jp/jarm2015/> 詳細はp8

【地方会】

●第37回東北地方会等(30単位)：3月7日(土)、仙台市情報・産業プラザネ! ットU、原田 卓(労働者健康福祉機構東北労災病院リハビリテーション科)、Tel 022-275-1111

●第38回近畿地方会等(40単位)：3月7日(土)、兵庫医科大学平成記念会館、道免 和久(兵庫医科大学リハビリテーション医学教室)、Tel 0798-45-6881

●第37回北陸地方会等(30単位)：3月14日(土)、金沢大学病院宝ホール、染矢富士子(金沢大学医薬保健研究域保健学系)、Tel 076-265-2624、演題締切：2月10日

●第60回関東地方会等(30単位)：3月28日(土)、白鷗大学東キャンパス白鷗ホール、古市 照人(獨協医科大学医学部リハビリテーション科学講座)、Tel 0282-86-1111、演題締切：2月12日

●第31回北海道地方会等(30単位)：4月18日(土)、札幌医科大学記念ホール、石合純夫(札幌医科大学医学部リハビリテーション医学講座)、Tel 011-611-2111、演題締切：3月2日

【専門医・認定臨床医生涯教育研修会】

●北海道地方会(30単位)：3月7日(土)、札幌医科大学記念ホール、憲 克彦(医療法人札幌百合の会病院リハビリテーション科)、Tel 011-771-1501

●近畿地方会(30単位)：4月18日(土)、大阪市立住まい情報センター、松本 憲二(関西リハビリテーション病院)、Tel 06-6857-7756

正会員年会費値上げについて 正会員会費 12,000円 → 15,000円

平成27年度会費から適用となります。詳細は学会誌52巻3号にてお知らせいたします。

平成27年度海外研修助成候補者募集

助成額：(渡航先地域により) 10～35万円

募集締切：2月20日(必着)

助成対象期間：4月1日～2016年3月31日

2014年度専門医・認定臨床医単位取得自己申請 提出期限締切：4月30日

専門医資格更新 活動報告書提出締切：4月30日(木) 必着

指導医資格更新 実績報告書提出締切：4月30日(木) 必着

一般医家に役立つリハビリテーション医療研修会(仙台)：4月5日(日)、宮城県歯科医師会館、定員：100名、申込先：瀬田 拓(みやぎ県南中核病院リハビリテーション科) E-mail: seta@med.tohoku.ac.jp

◎病態別実践リハビリテーション医学研修会(20単位) 150名。内部障害：2月28日(土)、品川フロントビル会議室、高田信二郎(独立行政法人国立病院機構徳島病院)、オンラインによる申込受付、申込に関する問合せ：日本リハ医学会事務局担当：小林、Tel 03-5206-6011、E-mail: training@jarm.or.jp

【2014年度実習研修会】(20単位) 詳細はHP、学会誌をご覧ください。

◎第9回福祉・地域リハビリテーション実習研修会(20名)：2月13日～14日、横浜市総合リハビリテーションセンター、事務局担当：加藤弓子、Tel 045-787-2713

◎第7回実習研修会「動作解析と運動学実習」(20名)：3月26日～28日、藤田保健衛生大学、担当：加賀谷 斉、瀧 千晴(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)

【関連学会】(参加10単位)

第40回日本脳卒中学会総会：3月26日(木)～29日(日)、リーガロイヤルホテル広島ほか、松本昌泰(広島大学大学院脳神経内科学)、日本コンベンションサービス

(株)関西支社内、Tel 06-6221-5933

第29回日本医学会総会2015関西：4月11日(土)～13日(月)、国立京都国際会館ほか、井村裕夫会頭

第59回日本リウマチ学会総会・学術集会：4月23日(木)～25日(土)、名古屋国際会議場、山本一彦(東京大学大学院医学系研究科内科学専攻アレルギーリウマチ学)、JCR 2015サポート準備室、Tel 03-3552-4180

第56回日本神経学会学術大会：5月20日(水)～23日(土)、朱鷺メッセほか、西澤正豊(新潟大学脳研究所臨床神経科学部門神経内科学分野)、(株)コングレ内、Tel 03-5216-5318

第88回日本整形外科学会学術総会：5月21日(木)～24日(日)、神戸ポートピアホテルほか、吉川秀樹(大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学(整形外科))、日本コンベンションサービス(株)関西支社内、Tel 06-6221-5933

第57回日本小児神経学会学術集会：5月28日(木)～30日(土)、帝国ホテル大阪、永井利三郎(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻)、(株)コンベンションリンケージ内、Tel 06-6377-2188

第42回日本脳性麻痺研究会：5月30日(土)、朱鷺メッセ、東條 恵(新潟県はまぐみ小児療育センター)

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

広報委員会：千田 益生(担当理事)、佐々木 信幸(委員長)、磯山 浩孝、伊藤 倫之、小林 健太郎、富岡 正雄、古川 俊明、森 憲司

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

リハニュースは、58号よりPDFのみの発行(印刷物の送付無)となり、バックナンバーも含め、下記URLに掲載しています。
http://www.jarm.or.jp/member/member_rihanews/

..... 広報委員会より

新年あけましておめでとうございます。今年の干支は未(羊)年です。

羊はその穏やかな性格や群れをなして行動するところから、家族の安泰や平和をもたらす縁起の良い動物とされています。また、決して困難に負けない動物と言われているそうです。

今回の特集は「平成26年度診療報酬改定後の現状と今後—リハ医療関連団体に聞く—」といたしました。お忙しい中、ご執筆していただいたリハ関連団体を代表とする方々には、この場をお借りいたしまして感謝申し上げます。今後のリハの方向性に示唆を与える内容となりました。

リハの本質(質)を担保する診療報酬改定であってほしいと思いますが、それにはリハ関連学会が一丸となり(群れをなして)、職種の枠を越えて、各関連学会のみなさまの連携や協力がなにより大事な今後に違いありません。

リハ医の期待の連載では、耳鼻咽喉科の先生から心強いお言葉をいただき、医局だよりでは、リハのフィールドが広まっていくことに勇気づけられながら、また医学生リハセミナーでは、参加者の体験実習記にリハの重要性を再認識する想いですが、リハを志す医師が増えることを期待しています。

最後に、ご執筆していただきました先生方に心から御礼を申し上げます。広報委員会としては多くの情報に埋もれて、多岐亡羊とならないように会員や広く一般のみなさまにご意見を聞きながら、大事な情報をおとけできる一年でありたいものです。(古川 俊明)