



設立1953
日本リハビリテーション医学会

日本リハビリテーション医学会 60周年記念誌

60th

anniversary



公益社団法人

日本リハビリテーション医学会





安保雅博 (あぼ まさひろ)

1990年東京慈恵会医科大学卒業。1998年スウェーデンカロリンスカ研究所/病院 Department of Clinical Neuroscience に留学。2000年帰国後、東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座講師、2007年同主任教授。2009年首都大学東京 客員教授、2015年京都府立医科大学客員教授、2016年三重大学客員教授、東京慈恵会医科大学附属病院副院長。2022年11月より日本リハビリテーション医学会理事長。



ご挨拶

公益社団法人日本リハビリテーション医学会は、1963年に設立され、2023年に設立60周年を迎えました。2013年に当時の水間正澄理事長のもと東京国際フォーラムにて日本リハビリテーション医学会設立50周年記念式典が盛大に開催されてから早くも10年が経過しました。その間、本医学会の会員数は2016年に1万人を超え、その後も増加しています。喜ばしいことです。

10年の間にわが国の高齢化はさらに進み、超高齢社会に突入しました。それに伴ってリハビリテーション医学・医療を取り巻く環境も急速に変化し、全診療科でリハビリテーション医学・医療のニーズが高まっています。リハビリテーション医学・医療の対象は多様になり、急性期・回復期・生活期の各フェーズにおける必要性も増しています。その中で、急性期のリハビリテーション医学・医療の重要性が行政レベルで認識されるようになったことは特筆すべきことです。また、このような状況に対応するために2017年に日本リハビリテーション医学会では従来の「機能を回復する」「障害を克服する」という考え方を踏まえた上で、リハビリテーション医学を「活動を育む医学」とする新しい定義を定めました。この定義により、他の領域からのリハビリテーション医学・医療への理解が進んだと感じています。

リハビリテーション医学・医療を担う有能な人材を将来にわたって確保するために教育は重要です。卒前・卒後教育の充実には、医学部におけるリハビリテーション医学講座の設置は必須です。2014年に日本専門医機構が設立され、2018年から新専門医制度が開始されたことありますが、2013年度以降の10年間に19大学にリハビリテーション医学講座が新設されました。特に2018年度からの5年間で9講座が増え、2023年度には45講座を数えています。その結果、全国の医学部の半数以上に講座が存在することになりました。まだ、道半ばですが、今後も未設置の医学部への働きかけが必要です。

卒前・卒後・生涯教育の充実には、教材が欠かせません。リハビリテーション医学・医療の広い分野をバランスよく学べる総合的なテキストに加え、急性期・回復期・生活期の特徴を知ることができるテキストも必要です。また、疾患別やテーマ別のテキストも求められます。そして、オンラインの教材整備も大切です。久保俊一前理事長のもと、e-learningなどのオンライン教育の導入を含め、医学会監修の多数のテキストを出版したことはこの10年の間における重要な実績です。

2020年に本医学会の国際誌「Progress in Rehabilitation Medicine」が米国 National Library of Medicine のフリーアクセス誌データベース PubMed Central (PMC) に収載され、PubMed の検索対象となったことも、世界に向けて日本のリハビリテーション医学の存在を示すことができた大きな成果でした。

以上、本医学会創設50年以降のいくつかの事柄を述べましたが、この記念誌では本医学会60年の概要を示し、2012年から2024年までの歩みを水間正澄先生、久保俊一先生、佐浦隆一先生に詳述していただきました。本医学会における数多くの努力を知っていただければ幸いです。



祝 辞



公益社団法人 日本理学療法士協会
会長

齊藤 秀之

公益社団法人日本リハビリテーション医学会が創立60周年を迎えられましたこと、公益社団法人日本理学療法士協会を代表して心よりお祝い申し上げます。

1963年9月29日に日本リハビリテーション医学会が創立され、1964年には第1回日本リハビリテーション医学会を開催、学会機関誌「リハビリテーション医学」が創刊されました。1968年に日本医学会に加入、1989年に社団法人の認可を受けられ、2012年に公益社団法人に移行されました。今日まで、リハビリテーション医学・医療の視点から日本国民の医療・保健・福祉・教育の分野で多大なる寄与をされてこられました歴代理事長、役員、会員、関係者の皆様方の並々ならぬご努力に、深く敬意を表する次第です。

さて、2018年に発刊された「リハビリテーション医学・医療コアテキスト」には、日本にrehabilitationという概念が米国から導入されたのは1950年代で、physical medicineとrehabilitation medicineの2つが合わさって「リハビリテーション医学」として総括されたと述べられています。私ども理学療法士は理学療法、すなわちPhysical therapyを語源に持つ医療専門職です。つまり、同じ医療専門職の中でも貴学会とは親和性の高い関係と勝手に思っている次第です。くしくも日本理学療法士協会も2026年に設立60周年を迎えます。貴学会の60周年の歩みには遠く及びませんが、貴学会の長男的なモデルとして歩んできた本会としても、貴学会の60周年には感慨深い古を感じます。

今般のトリプル改定における鍵の一つである、「医療・介護・障害福祉の連携」には貴学会ならびリハビリテーショ

ン科医師の皆様の本質的かつ質の高いリハビリテーション医学・医療の実践が求められていると思います。そして、介護保険制度創設時に提唱されたりハビリテーション前置主義の復興に、今まで以上の期待が高まっていると感じます。加えて、WHOの「リハビリテーションの呼びかけ2030」や「ユニバーサルヘルスカバレッジ (Universal Health Coverage:UHC)」のような世界の動きはその後押しになると信じてやみません。2040年を見据えた地域包括ケアシステムの時代においては、リハビリテーション関連職の取りまとめ役として貴学会の役割は一層高いものと思っております。

また「リハビリテーション医学・医療コアテキスト」のなかでも紹介されていますが、貴学会は2017年度から、リハビリテーション医学を「活動を育む医学」とする新しい定義を提唱されました。一方、世界理学療法連盟は、「理学療法士は生活(人生)の質や動きのポテンシャルを見極め、また最大化することに関わっている」と宣言を出しています。この両者を眺めると、私は、リハビリテーション医学・医療、すなわち「活動を育む医学」を支える「理学療法学・理学療法」という関係性が浮かんできました。「活動を育む」ためには、「生活(人生)の質や動きのポテンシャルを見極め、また最大化する」理学療法学・理学療法が基盤・土台として、しっかりとその役割を果たさなければならないと再度認識した次第です。そして組織間としては、なくてはならない互恵関係のような構図も見え隠れしました。今日まで沢山のご指導を頂いておりますが、今後も様々な場面で今まで以上のご指導ご鞭撻を賜うことをお願い申し上げたいと存じます。

最後になりますが、60年にわたり確実にその業績を築かれてこられた貴学会の皆様には、今まで以上の活動に加え実績を示していただき、ご指導を賜りたいと思っております。そして、リハビリテーション医学・医療と理学療法学・理学療法を持続可能な発展を期待したいと思います。また、この60周年を機に、貴学会が安保雅博理事長の類まれのない強力なリーダーシップのもとに、さらにご発展されること、会員の皆様の一層のご活躍とご健康を、心よりご祈念いたします。



祝 辞



一般社団法人 日本作業療法士協会
会長

山本 伸一

公益社団法人日本リハビリテーション医学会創立60周年を迎えられるにあたり、一般社団法人日本作業療法士協会として、心からお喜びを申し上げます。大きな節目であるこの半世紀以上の歴史は、先人の方々の弛まないご努力ご尽力の賜物と存じます。誠にありがとうございます。

私たち作業療法士は、通常の臨床におきましてもリハビリテーション科専門医とセラピストという間柄でございます。急性期や回復期リハビリテーション病院では、患者の退院を支援するために早期在宅復帰に向けたチーム医療が推進されます。看護師をはじめ多くの専門職との連携の中で、様々な場面でご指導を賜り、深く感謝申し上げます。

日本リハビリテーション医学会とのお付き合いは、創立年数とともにございます。近年の学術集会においては、2017年から年に2回の開催となりました。春の第54回学術大会(岡山)、そして秋の第1回秋季学術大会(大阪)です。作業療法士もこれまで以上に学会参加や発表をさせていただいているところです。また、貴学会との合同シンポジウム等の企画は、非常に興味深く、議論は活発であり、臨床へ活かすことができる貴重な時間でございます。特に、2023年11月3日～5日に開催されました第7回秋季学術大会では、「(合同シンポジウム)認知症のリハビリテーション」をテーマとさせていただきました。医師と作業療法士のコラボとして認知症概論から具体的介入例、効果と課題等において、貴重な議論となりました。作業療法士の重要分野におきまして、このように医師と連携し知見を共有させていただいたことは本当にありがたく、今後につながるセッションでございました。今後もこれまで以上に、臨床実践及び学術活動において、有意義なお

付き合いができますことを心より希望いたします。

さて、災害リハビリテーションに関するこの10年では、2011年の東日本大震災からの復興とともに、平時における地域リハビリテーションの普及が急務であると言われてきました。日本リハビリテーション医学会におかれましては、「震災対応ワーキンググループ」、「東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体総合戦略会議」による被災者支援が、私たち医療従事者にとって、とても心強く、そして災害国日本における災害リハビリテーションの使命を導いていただきました。現在、その責務は日本災害リハビリテーション支援協会(JRAT)の活動につながっております。2024年初頭に発生した能登半島地震におきましても、貴学会には1月初旬より中央対策本部(東京)への本部長派遣を継続していただきました。おかげさまで、統率のある組織として機能したことは、避難所等支援の充実だけでなく、地域(石川県行政等)によるリハビリテーションの効率の移行につながったといえます。深く感謝申し上げます。

また、2024年は診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬のトリプル改定でした。診療報酬改定の記憶を辿りますと、2006年におきまして、疾患別リハビリテーション料の新設やその算定日数上限等が設定されました。この時に、リハビリテーション関連職種によるリハビリテーション医療関連5団体(日本リハビリテーション医学会・日本リハビリテーション病院施設協会・日本理学療法士協会・日本作業療法士協会・日本言語聴覚士協会)が組織されました。これが前身となって、今の全国リハビリテーション医療関連団体協議会につながったわけです。当協議会におきましても多くの面でご指導いただいております。引き続き、ご指導の程お願いいたします。目指すのは、対象者への臨床が成果のある実践となり、そのうえでの報酬であることは言うまでもありません。日本作業療法士協会は、作業療法士の「確かな臨床力」、「身分保障と職域」を守る責務があります。そのためには、今後さらなる日本リハビリテーション医学会との強固な連携が必要でございます。

結びになりますが、貴学会のますますのご発展を祈念申し上げます。60周年記念の祝辞とさせていただきます。今後とも宜しく願いいたします。



祝 辞



一般社団法人日本言語聴覚士協会
前会長

深浦 順一

この度、公益社団法人日本リハビリテーション医学会が創立60周年を迎えられましたことを心からお祝い申し上げます。また、日頃より当協会に対しましてご指導、ご支援を賜り感謝申し上げます。

日本リハビリテーション医学会は1963年の創立以来、我が国のリハビリテーションの発展に寄与されてこられました。現在では、リハビリテーション医療なくして早期退院の実現、地域における自立生活の確立が行えないことは自明となっております。また、言語聴覚士法の成立において長きにわたりご支援いただいたことに改めて感謝申し上げます。お陰様で言語聴覚士国家試験合格者の累計は4万人を超えることとなりました。地域差はあるものの、失語症や構音障害、摂食嚥下障害のある方への医療における言語聴覚療法の提供は充実しつつあると考えておりますが、今後は生活期における言語聴覚療法の提供、加齢に伴う難聴高齢者や言語聴覚障害のある小児への支援の充実も課題と考えております。貴学会をはじめ多くの関連学会・団体と協力して取り組んでいきたいと思っております。

さて、2013年に50周年を迎えられた際の第50回日本リハビリテーション医学会学術集会の関連専門職シンポジウム―未来のリハビリテーション医学会への期待―に日本理学療法士協会半田一登前会長、日本作業療法士協会中村春基前会長とともに参加させていただきました。その際、貴学会へのリハビリテーション専門職の入会や学会参加の促進ということをお願いしたところ、私も特任理事として参加させていただき、また、学術大会の共同企画等が組まれることとな

り、多くのリハビリテーション専門職が参加する機会を作っていただきました。この取り組みは、リハビリテーション医療に取り組むチームとしての一体感を醸成しているものと思います。超高齢社会を迎えた我が国において、リハビリテーション医療の役割はますます重要となっており、貴学会のリーダーシップのもと当協会もリハビリテーション医療チームの一員として努力していく所存です。

終わりに、日本リハビリテーション医学会の今後益々のご発展を祈念するとともに、当協会に対する変わらぬご支援をお願いして、お祝いのご挨拶といたします。



祝 辞



公益社団法人日本看護協会
会長

高橋 弘枝

公益社団法人日本リハビリテーション医学会が創立60周年を迎えられ、記念誌を発行されますことを心よりお祝い申し上げます。また、貴学会が設立以来、リハビリテーションに関する医学の発展と知識の普及、学術的事業を通じて、医療および社会福祉の充実に寄与されてきましたことに、深く敬意を表します。

リハビリテーション医学は、さまざまな疾患・外傷・病態により生じた機能障害の回復とともに、残存した障害を克服しながら、社会活動も含めてその人らしい生活を送れるように支援する大きな役割を担われています。また進展する超高齢社会において、介護予防やフレイル予防などへのアプローチ、さらにはパラスポーツ支援、災害支援等の社会貢献活動にも尽力されています。それらの活動は看護にとっても、常に身近で協働する心強い存在でもあります。

この10年間で医療の現場はさまざまな変化を遂げてきました。2040年の医療提供体制構築に向けては、チーム医療のさらなる推進が求められ、患者を中心とした多職種連携は看護職にとってもこれまで以上に重要なものとなっています。専門分化が進む医学の世界において、リハビリテーション医学の特徴は、急性期・回復期・慢性期・在宅、すべてのフェーズにおいて疾患を問わず障害の観点から総合的に支援することにあります。疾患を問わずあらゆる場でケアを提供するという点では、看護とも相通ずるものを感じます。

また昨今、地域包括ケアシステムへの取組みも定着しつつあり、入院時から退院後の生活を見据えた支援を行うことも浸透してきました。入院患者の4分の3が65歳以上の高齢者

(令和2年患者調査／厚生労働省)という状況下において、リハビリテーション医学は入院による機能低下の予防や退院後の生活機能の維持、患者のQOLにも深く貢献されており、今後も看護をはじめとしたさまざまな専門職との連携により、病院や地域などあらゆる場においてその力が発揮されることに期待が寄せられるところです。

また一方で看護職自身も、リハビリテーションを含む専門的なケアを自立的に学んでいます。例えば、日本看護協会の認定資格である「脳卒中リハビリテーション認定看護師」の登録者数は、現在741名(2023年12月時点)となり、この10年で2.5倍に増加しました。脳卒中リハビリテーション認定看護師は、病態の重篤化回避のためのモニタリングとケアを実践し、脳卒中患者の急性期・回復期・維持期(生活期)において、セルフケア能力を高めるための回復支援を行い、生活の再構築のためのケアを実践しています。あわせて、患者へのケアのみでなく、より質の高い医療と地域連携の推進のため、多職種と協働し、チームの一員としての役割も果たしています。

令和6年は、能登半島地震という突然の災害から始まりましたが、さまざまな医療関係職種が被災地へ災害支援に入り、どのような場においてもそれぞれの専門性を活かして連携し合う姿に、チーム医療の原点を感じました。地域包括ケアシステムが推進され、地域で暮らしながらの治療が主流となっていく時代に、貴学会と日本看護協会とは、協力・連携を図りながら患者を中心に、患者とともに歩いていく存在でありたいと思っています。特に後天的に機能障害を持った人々の回復を支えることは、機能回復のための支援だけでなく、その受容に至るまでの支援、家族への支援など多岐にわたる総合的なケアが求められます。急性期から在宅に至るまであらゆるフェーズにおいて、リハビリテーション医学と看護のさらなる連携を図り、患者中心の支援をとともに国民に提供してまいりましょう。

60周年というこの節目にあたりまして、貴学会のさらなるご発展と会員の皆様のご活躍を祈念いたしますとともに、日本看護協会とのよりよい連携、協働体制の構築を目指して、今後ともよろしく願い申し上げます。

医学会設立60周年の概要と
直近3理事長時代(2012-2024)のあゆみ

日本リハビリテーション医学会発足後 60年の概要と現状

60年の概要

日本リハビリテーション医学会は1963年(昭和38年)9月29日に創設されてから、60年の歩みのなかで大きく発展してきました。翌年には、大阪で第一回の医学会学術集会在開催され、その後、機関誌の創設、用語集の発刊、専門医制度・認定臨床医制度の制定、社団法人化に伴う理事長制の導入、リハビリテーション科の標榜診療科認可、外科系学会社会保険委員会連合(外保連)への加入、海外研修制度の創設、日本専門医機構による基本診療領域認定、新臨床研修医制度の開始、会員管理システムの導入、震災(災害)の支援、公益社団法人への移行、事務局の移転、国際誌(Progress in Rehabilitation Medicine)の発刊、秋季学術集会的創設、新専門医制度の開始、テキスト群の発刊など、多くの事業が展開されてきました(別表)。

社会においても、昭和から平成・令和への代替わり、東京(2度)・長野のオリンピック・パラリンピック、新幹線・高速道路の開通、月面着陸、オイルショック・ブラックマンデー・バブル崩壊、日本人のノーベル医学・生理学賞の受賞、男女共同参画社会基本法・女性活躍促進法の制定、ICTの発達、国立大学の法人化、マイナンバー法制定、働き方改革関連法の制定、地震・風水害、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のパンデミック、地球温暖化などさまざまな出来事があり、社会状況は大きな変貌を遂げています。

その間、医療レベルは飛躍的に向上し、疾患予後は大きく改善しました。国民の健康意識も高まり超高齢社会が到来しました。それに対応する医療、介護、福祉に関する法律の整備や取り組みも実施されてきています。本医学会に関連するものだけを見ても、理学療法士及び作業療法士法の施行、全国身体障害者スポーツ大会の創設、診療報酬における身体障害に対する運動療法や作業療法の新設、老人保健法の成立、ゴールドプラン「高齢者保健福祉10か年計画」の策定、言語

聴覚士法の施行、介護保険法の成立、回復期リハビリテーション病棟の創設、労働省と厚生省の統合、新臨床研修制度の導入、発達障害者支援法の施行、障害者自立支援法の施行、疾患別リハビリテーション料の導入、後期高齢者医療制度の導入、日本年金機構の発足、障害者総合支援法の施行、医療事故調査制度の発足、国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)の設立、公認心理師法の施行、障害者差別解消法の施行、地域包括ケア強化法の施行、など多くのものがあげられます(別表)。また、関連する国際的な項目として、ヘルシンキ宣言、国際リハビリテーション医学会(IRMA)の創設、国際障害分類(ICIDH)・国際生活機能分類(ICF)なども重要です(別表)。

現状

このように大きな環境の変化の中で、最も必要性が高まった医学・医療分野はリハビリテーション医学・医療といえます。疾患予後がよくなったことにより従来はリハビリテーション医学・医療の対象でなかった疾患・障害・病態が含まれるようになりました。現在では、脳血管障害、運動器疾患(脊椎・脊髄を含む)、脊髄損傷、神経・筋疾患、切断、小児疾患、リウマチ性疾患、循環器・呼吸器・腎臓・内分泌代謝疾患(内部障害)、がん、摂食嚥下障害、聴覚・前庭・顔面神経・嗅覚・音声障害、スポーツ外傷・障害、周術期の身体機能障害の予防・回復、サルコペニア、ロコモティブシンドローム、フレイルなど、ほぼ全診療科に関係する領域になっています(図1)。

そして、リハビリテーション医学・医療が目的とする「よりよいADL・QOLを獲得する」は、介護や福祉が目指すところと共通します。今や、リハビリテーション医学・医療は医学・医療・介護・福祉に横串を入れ、医学・医療・介護・福祉のインフラストラクチャ(基盤)というべき存在となっています。

脳血管障害・頭部外傷	運動器の疾患・外傷	脊髄損傷	神経・筋疾患	切断(外傷・血行障害・腫瘍など)	小児疾患	リウマチ性疾患
循環器疾患・呼吸器疾患・腎疾患・糖尿病・肥満	周術期の身体機能障害・合併症予防	摂食嚥下障害	聴覚・前庭・顔面神経・嗅覚・音声障害	がん(悪性腫瘍)	スポーツ外傷・傷害	骨粗鬆症、熱傷
						サルコペニア
						ロコモティブシンドローム
						フレイル

(図1) リハビリテーション医学・医療の主な対象

脳血管障害、運動器の疾患・外傷、脊髄損傷、切断、神経筋疾患、リウマチ性疾患、小児疾患の内部障害、周術期の身体機能障害、摂食嚥下障害、聴覚・前庭・顔面神経・嗅覚・音声障害、がん、など幅広い領域。

(別表) 日本リハビリテーション医学会60年の概要

西暦	元号	理事長	学術集 会長	専門医会/ 秋季学術集	日本リハビリテーション医学会年表及び関連の出来事	医療・介護・福祉関連の出来事
1963年	昭和38年				日本リハビリテーション医学会創立(9月29日)	老人福祉法成立
1964年	昭和39年		水野祥太郎 (第1回)		第1回日本リハビリテーション医学会学術集会開催(大阪府医師会館) 学会機関誌「リハビリテーション医学」創刊	ヘルシンキ宣言
1965年	昭和40年		大島良雄			理学療法士及び作業療法士法施行 第3回汎太平洋リハビリテーション会議(東京) 第1回全国身体障害者スポーツ大会
1966年	昭和41年		天児民和			
1967年	昭和42年		砂原茂一			
1968年	昭和43年		小池文英		日本医学会に加入(第56分科会) 内科系学会保険連合(内保連)に加入	
1969年	昭和44年		相澤豊三			
1970年	昭和45年		河邨文一郎			心身障害者対策基本法成立 国際リハビリテーション医学会(IRMA)創立
1971年	昭和46年		小林太刀夫			
1972年	昭和47年		土屋弘吉			アメリカ最初の自立生活センターの創立
1973年	昭和48年		杉山尚			アメリカ合衆国リハビリテーション法504条制定(障害者差別の禁止)
1974年	昭和49年		山田憲吾			診療報酬改定(身体障害運動療法・身体障害作業療法新設)
1975年	昭和50年		柏木大治		「リハビリテーション医学用語集(第1版)」発行 「関節可動域ならびに測定法」作成公表	
1976年	昭和51年		横山巖			
1977年	昭和52年		児玉俊夫			
1978年	昭和53年		木村登		「義肢装具のチェックポイント」第1版発刊	
1979年	昭和54年		佐藤孝三		「リハビリテーション白書」発行	
1980年	昭和55年		佐々木智也		日本リハビリテーション医学会専門医制度制定	国際障害分類(ICIDH)
1981年	昭和56年		明石謙			日本医学会加盟22学会による学会認定医協議会が発足
1982年	昭和57年		津山直一			高齢者の医療の確保に関する法律(老人保健法)成立
1983年	昭和58年		祖父江逸郎			特例許可老人病棟の導入
1984年	昭和59年		野島元雄			健康保険法改正成立(医療費の1割負担導入、退職者医療制度等)
1985年	昭和60年		高橋勇			
1986年	昭和61年		鈴木良平			
1987年	昭和62年		上田敏		日本リハビリテーション医学会認定臨床医制度制定	寝たきり老人ゼロ作戦等普及啓発推進事業 都道府県に「寝たきりゼロ推進本部」の設置 老人寝たきり予防のための保健事業等
1988年	昭和63年		大川嗣雄			社会福祉士及び介護福祉士法、義肢装具士法施行
1989年	平成元年		今田拓		日本リハビリテーション医学会社団法人化(初代理事長津山直一)	ゴールドプラン:「高齢者保健福祉推進十か年戦略」を策定
1990年	平成2年	津山直一 1989.8.1～ 1994.6.28	緒方甫			ゴールドプランと関連事業 (高齢者保健福祉推進十か年戦略、在宅福祉推進十か年事業、ねたきり老人 ゼロ作戦、施設対策推進十か年事業等)
1991年	平成3年		米本恭三			
1992年	平成4年		澤村政志		研修施設認定基準制定	「特定機能病院」導入
1993年	平成5年		中村隆一			療養型病床群制度の制度化、障害者基本法制定
1994年	平成6年	米本恭三 1994.6.29～ 1998.5.28	千野直一			高齢者介護・自立支援システム研究会報告 (高齢者介護において「自立支援」の考え方を提示) 新ゴールドプラン:ゴールドプランの全面的見直し
1995年	平成7年		土肥信之			
1996年	平成8年		村上恵一		「リハビリテーション科」標榜診療科認可	国民医療政策会議「20世紀初頭における医療提供体制について」
1997年	平成9年		近藤徹		国際リハビリテーション医学会(IRMA)第8回世界大会開催(国立京都国際会館) 外科系学会社会保険委員会連合(外保連)に加入	グループホーム運営費の制度化、介護保険法成立 診療所に療養型病床群の設置可能 「21世紀の医療保険制度」(厚生省案)提言
1998年	平成10年		福田道隆			「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」報告書 言語聴覚士法施行 抑制廃止福岡宣言(以降、熊本などで宣言)
1999年	平成11年		田中信行		広報誌「リハビリテーションニュース」第1号発行 International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) 発足 (IFPRMとIRMAの 統合)	身体拘束禁止を明示(運営基準の制定) 医療審議会「医療提供体制の改革について(中間報告)」 ゴールドプラン21:今後5か年の高齢者保健福祉政策の方向
2000年	平成12年	千野直一 1998.5.30～ 2004.6.3	石神重信		日本リハビリテーション医学会ホームページ開設 海外研修制度開始	介護保険法施行 一般病床、療養病床の創設、回復期リハビリテーション病床創設
2001年	平成13年		安藤徳彦		日本専門医制評価・認定機構の18基本領域の一つにリハビリテーション科選定	国際生活機能分類(ICF) 中央省庁再編により厚生省と労働省が統合される(厚生労働省)
2002年	平成14年		三上真弘		実習研修会開催(以後毎年開催) 第1回優秀論文賞授与 市民公開講座開催(以後毎年開催)	小規模生活単位型特養ホーム(全室個室・ユニットケア)の制度化 痴呆性高齢者グループホームへの外部評価義務づけ 日本専門医制評価・認定機構が日本専門医機構に改組
2003年	平成15年		眞野行生		日本リハビリテーション医学会専門医制度の改正	要介護認定の改定(痴呆状態の評価) 高齢者介護研究会報告 (高齢者の尊厳を支えるケアの確立への提言) サラリーマン本人の医療費自己負担率3割に
2004年	平成16年		江藤文夫		リハビリテーション科専門医の広告表示が可能	新医師臨床研修制度開始
2005年	平成17年		立野勝彦		医学生リハビリテーションセミナー開催(以後2017年まで毎年開催)	発達障害者支援法施行
2006年	平成18年	江藤文夫 2004.6.5～ 2008.6.4	宮野佐年	専門医会 学術集 会長 (代表世話人) 安保雅博 菊池尚久	第1回専門医会学術集会開催(東京 代表世話人安保雅博・菊池尚久)、以後第11回(2016年)まで開催 2017年以降は専門医会学術集に替えて秋季学術集を開催	障害者自立支援法施行、国連総会で障害者権利条約の採択 疾患別リハビリテーション科の導入
2007年	平成19年		住田幹男	生駒一憲		機関誌の名称変更「The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine」 医学会事務局を日本肢体不自由児協会ビル(板橋区小茂根)から新宿区神楽坂に移転
2008年	平成20年		江藤文夫	佐伯覚 池田聡	会員管理システム導入(会員用Webシステム運用開始)	「後期高齢者医療制度」がスタート
2009年	平成21年	里宇明元 2008.6.6～ 2012.5.30	木村彰男	浅貝芳美	研修施設用Webシステム運用開始 病態別実践リハビリテーション医学研修会開催(以後毎年開催)	産科医療保障制度創設 改正薬事法施行
2010年	平成22年		川平和美	菊池尚久	専門医制度改革ワーキンググループを設置	日本年金機構発足
2011年	平成23年		赤居正美	菅俊光	日本リハビリテーション医学会災害支援プロジェクト 東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体が震災支援リハビリテーションチーム派遣 東日本大震災の被災に配慮し、第48回学術集を6月から11月に延期して開催	障害者基本法の一部改正施行
2012年	平成24年		蜂須賀研二	青柳剛一郎	日本リハビリテーション医学会公益社団法人化	社会保障制度改革推進法施行
2013年	平成25年	水間正澄 2012.5.30～ 2016.6.8	水間正澄	石合純夫	日本リハビリテーション医学会50周年記念式典開催(東京国際フォーラム) 大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(JRAT)発足	持続可能な社会保障の確立を図るための改革の推進に関する法律成立 障害者総合支援法施行
2014年	平成26年		才藤栄一	池田聡	会員数が1万人を超える 日本専門医機構が発足(基本領域の一つとして加入)	地域医療介護総合確保促進法施行 一般社団法人日本専門医機構が発足
2015年	平成27年		里宇明元	笠井史人	第1回全国医学部リハビリテーション科連絡会を開催	国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)が設立 公認心理師法成立、医療事故調査制度発足
2016年	平成28年		久保俊一	八幡徹太郎	第53回学術集会(国立京都国際会館)が大規模学会に 医学会事務局を神楽坂ビル(新宿区神楽坂)から内神田東誠ビル(千代田区内神田)に移転	障害者差別解消法施行 廃用症候群リハビリテーション科の新設(平成28年度診療報酬改定)
2017年	平成29年		植原彰夫	秋季学術集 会長 菅本一臣 (第1回)	第1回秋季学術集会開催(大阪国際会議場) 国際誌「Progress in Rehabilitation Medicine」を発刊 日本急性期リハビリテーション医学会、日本生活期リハビリテーション医学会の設立	地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律 成立 改正介護保険法成立(2018年度介護医療院新設等) 地域医療連携推進法人制度施行
2018年	平成30年	久保俊一 2016.6.8～ 2022.11.4	浅見豊子	上月正博	新専門医制度による専攻医の研修開始 「リハビリテーション医学・医療コアテキスト」発刊および「e-learning」の開講 専門職会員制度を新設、広報誌:「活動を育む医学」NEXT!」発刊 第1回「リハビリテーション科医になるセミナー」開催 日本リハビリテーション医学教育推進機構が発足	厚生労働省オンライン診療のガイドライン策定 改正医療法施行(特定機能病院のガバナンス改革等) 改正健康保険法(医療保険制度の適正かつ効率的な運営)成立 障害者総合支援等改正法施行、脳卒中・循環器病対策基本法成立
2019年	令和元年		道免和久	正門由久	「リハビリテーション医学・医療Q&A」、「リハビリテーション医学・医療用語集(第8版)」発刊 総合的・フェーズ別・疾患別・テーマ別テキストを順次発刊(2024年までに改定2冊を含む14冊) ISPRM2019開催(神戸)	高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版の公表 全世代型社会保障検討会議を設置
2020年	令和2年		島田洋一	佐浦隆一	「Progress in Rehabilitation Medicine」のPubMed収載 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のパンデミック(～2023年5月まで) 第57回学術集の開催時期を感染対策のため6月から8月に延期	新型インフルエンザ等対策特別措置法の改正法の施行
2021年	令和3年		田島文博	近藤和泉	新型コロナウイルス感染症(COVID-19)拡大により理事会、委員会等の会合をオンライン開催に変更	長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置を盛り込んだ 医療法改正法案が成立
2022年	令和4年		芳賀信彦	千田益生	日本リハビリテーション医学会感染対策指針(COVID-19含む)を公表	後期高齢者医療費の窓口負担割合が2割に
2023年	令和5年		出江紳一	帖佐悦男	医学会の活性化のため、役員任期制及び、代議員の定年制を導入	COVID-19感染症2類相当から5類に移行
2024年	令和6年	安保雅博 2022.11.4～	安保雅博	花山耕三	国内誌「The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine」を完全オンライン化 日本リハビリテーション医学会60周年記念講演会開催(渋谷)	
2025年	令和7年		三上靖夫	大田哲生		
2026年	令和8年		佐伯覚	川手信行		
2027年	令和9年		津田英一	角田亘		

※医療・介護・福祉の出来事については厚生労働省のホームページから適宜引用した。

※本表作成には、2017年3月から2019年12月まで事務局局長を務めた吉田茂之氏に尽力いただいた。



水間 正澄

(みずま まさずみ)

1977年昭和大学医学部卒業。1984年昭和大学医学部整形外科教室講師、1991年昭和大学病院リハビリテーション医学診療科講師、1993年同助教授、1997年 昭和大学医療短期大学理学療法学科教授、2001年昭和大学病院リハビリテーション医学診療科教授、2008年昭和大学医学部リハビリテーション医学講座主任教授。2012年～2016年日本リハビリテーション医学会理事長、2013年同医学会学術集会会長。2016年昭和大学定年退職。現在、医療法人社団輝生会理事長、昭和大学名誉教授、日本生活期リハビリテーション医学会代表理事、日本リハビリテーション医学教育推進機構監事、日本在宅医療連合学会特任理事

日本リハビリテーション医学会 60年 2012年5月-2016年6月の歩み

-
-
- 日本リハビリテーション医学会元理事長（第6代）
医療法人社団輝生会理事長
- 水間 正澄

筆者が理事長を務めた2012年5月～2016年6月までの4年間における日本リハビリテーション医学会の歩みを述べさせていただきます。

●公益社団法人日本リハビリテーション医学会設立50周年記念事業

2013年の日本リハビリテーション医学会創設50周年については記念事業実行委員会が発足し事業期間を2011年度から2015年度の5年間とすることが決定されていました。2012年には継続性のある計画の下で数々の記念事業が進行しておりました。

主な事業としてキャッチフレーズ/ロゴマークの公募、リハビリテーション医学白書の出版、記念式典及び祝賀会の開催、記念誌発行が決定され、その後企画を広く公募しました。

キャッチフレーズを公募した結果、“生きる時を、生かす力。リハビリテーション医学”が採択されておりました。また、医学会の創立が1963年9月29日であることから、この日を「リハビリテーションを考える日」として市民公開講座を開催し、朝日新聞再録記事の掲載を行いました。その後も将来にわたって、この日には何らかの記念事業を企画していくこととなりました。その他にも多くの企画が寄せられ、学術集会・専門医学術集会・地方会学術集会などでのカウントダウン企画、リハニュース座談会、タイアップ企画として宇宙航空研究開発機構（JAXA）との共同企画による宇宙ステーションとの交信、国際シンポジウム（名古屋、東京）など多くの企画が実施されました。また、各地方会で開催されたセミナーなどの企画やガイドライン発刊に関しても「50周年記念事業」の冠を掲げました。

日本リハビリテーション医学会設立50周年記念式典は第50回日本リハビリテーション医学会学術集会に合わせて2013年6月13日に開催されました（図1、表1）。



（図1）50周年記念式典

(表1) 50周年記念式典の来賓

文部科学大臣 下村 博文
日本医学会会長 高久 史麿
社団法人 日本専門医制評価・認定機構理事長 池田 康夫
President of ISPRM(2008-2010), UMDNJ-New Jersey Medical School Joel DeLisa
公益社団法人 日本整形外科学会理事長 岩本 幸英

(図2) 日本リハビリテーション医学会50周年記念誌



記念式典終了後、パレスホテルに場所を移して日本リハビリテーション医学会設立50周年記念祝賀会を開催いたしました。

第50回学術集会では50周年を記念して、歴代理事長によるリレー講演、国際シンポジウム、アジア医師との交流、海外招待者も交えた記念講演会、関連専門職シンポジウムなどを企画しました。「日本リハビリテーション医学会50周年記念誌」(図2)を発刊するとともにDVD「日本リハビリテーション医学会50年の歩み」を作製し各地方会会場でも上映して頂きました。その他にもリハビリテーション医学・医療を広く国民に理解して頂く機会としての企画が実施されました。

特に、記念事業・学術集会への海外からの招待者については国際学会の招致も視野に入れて先達からの関係の深い先生、国際リハ医学会 (ISPRM: International Society of Physical and Rehabilitation Medicine) の主要メンバーをお招きすることを計画しました。これは、第50回学術集会の開催も北京開催のISPRMの日程にあわせ、直前に日本に立ち寄っていただけるようにしました。海外講演者の先生方からは日本が果たすべき役割など国際貢献への大きな期待が寄せられました。50周年記念式典及び祝賀会、第50回学術集会は海外の方々との交流を深め国際化への動き、ISPRMの日本誘致への絶好の機会となりました。

●国際学会招致活動

わが国におけるリハビリテーション医学・医療に関わる大規模な国際学会の開催は、第8回国際リハビリテーション医学会世界大会 (The 8th World Congress of the International Rehabilitation Medicine Association IRMA Ⅷ) が1997年8月31日から9月5日に国立京都国際会館で開催されたのが最初でした。1999年にIRMAはIFPMR (International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation) と組織統合し、ISPRM「国際物理医学・リハビリテーション医学協会」(International Society of Physical and Rehabilitation Medicine) が発足し、第1回学術集会が2001年にアムステルダムで開催され、2014年からは毎年の開催となり、世界をアジア・オセアニア、ヨーロッパ・中東・アフリカ、南北アメリカの3地域に分けて3年ごとの各地域開催という方式になりました。アジアオセアニア地区では、すでに韓国で開催され、中国が開催を決定しており、他のアジア各国もリハビリテーション医学が発展する中で、50周年を機に活発となった国際交流を通して海外の多くの方々から日本の国際学会開催への大きな期待が寄せられておりました。ISPRMの開催地は既に2014年から2018年までが決定しており、2015年のベルリンのISPRMで次の2019年のアジアオセアニア地区の開催地を決定することになっていました。2年ほどの準備期間しかないなかで、ISPRMの日本への招致をすることを決定し、ISPRM招致委員会を立ち上げ活動を開始しました。国際学会誘致に関しては開催都市の決定プロセスや、立候補の具体的な方法などに関する知識がない手探りの状態の中で、委員長を中心に精力的

に情報収集がなされました。候補地の決定はISPRMの運営を担当するKenesが候補地の現地調査を行い、厳格な審査基準のもとに判断がなされることになっておりました。候補地となった3都市につき、学術集会会場の立地や規模・設備などはもちろん、メインホテルが会議場に隣接していること、ホテルや都市のバリアフリーの状況、ホテルについてはバリアフリー対応できる部屋数までもが審査の対象でした。これらの視察を終え誘致できる可能性がある都市は神戸であろうという審査結果が伝えられました。神戸に決定しての後にはBid paperの作成、日本・神戸紹介や理事長挨拶の動画そして紹介冊子の作成などの準備が急ピッチで進められました。ベルリンISPRMのウェルカムパーティーでは誘致委員会のメンバーとともに、顔見知りの各国の代表の方々に神戸の開催をアピールし日本への投票をお願いしました。そして、アジアの旧知の先生方をはじめ交流を深めてきた欧米の先生方からの支援も受けISPRM2019の日本招致に成功しました。大変な苦勞をされたここまでの招致活動については、今後の国際学会誘致活動のためにと日本リハビリテーション医学会雑誌にISPRM招致活動記録報告書(Jpn J Rehabil Med Vol.53 No.1 ~ 12 2016)として残されております。

●医学雑誌のリニューアルと英文雑誌の刊行

医学会では、財政面の課題でもあった医学会誌の見直しを行っておりましたが、その他の刊行物についても見直しを図る目的で「刊行物在り方検討委員会」を理事長直轄の委員会として発足させました。医学会誌に関してはコスト削減を図り、講座や特集など新たな企画を盛り込み2016年1月号からリニューアルいたしました。また、医学会独自の英文誌の刊行にも着手することになりましたが、刊行に際しては時代の流れに沿ってオープン・アクセス・オンライン・ジャーナルとすることにいたしました。そして2016年7月英文誌“Progress in Rehabilitation Medicine”がスタートいたしました。医師のみならずリハビリテーション関連職にとっても海外への発信機会が増えることにもつながりました。すでにJ-Stage取載は決定しておりましたが、PubMed取載を次の大きな目標といたしました。その後2020年8月米国National Library of Medicineのフリーアクセス誌データベースPubMed Central (PMC)に取載され、本誌がPubMedの検索対象となりましたことは皆様ご存じの通りです。

●専門医制度の学会認定から機構認定への移行-いわゆる新専門医制度-

新しい専門医制度は2011年から2013年にかけ厚生労働省で行われた「専門医の在り方に関する検討会」の検討に基づいて、各学会が独自に制度化していた認定制度から一般社団法人日本専門医機構による認定制度へと移行することになりました。新しい機構の発足に先立って、それまでの日本専門医制評価・認定機構(専認構)の社員であった日本リハビリテーション医学会に対して2012年7月専認構のヒアリングが行われました。2013年11月には新しい日本専門医機構に専認構の社員すべてが加入することとなり、2014年7月12日の日本専門医機構発足とともにリハビリテーション科は新しい専門医制度における基本19領域の1つとして加入が認められました。日本リハビリテーション医学会が専門医制評価・認定機構(専認構)のメンバーに加盟認定され実績を重ねていたことが大きな要素になっていたと思います。

正式に加入が認定されたことから2014年8月に専門医制度委員会を設置し、日本専門医機構の方針に従って、制度の概要と研修カリキュラム作りに取りかかり、理事も加わって議論を重ね「リハビリテーション科専門研修プログラム整備基準」を定めました。「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」には、3年間に研修すべき項目、経験すべき症例数、到達すべきレベルが義務付けられました。研修すべき項目には、知識・診断・評価、治療、学問的姿勢、倫理・社会などの項目が盛り込まれ、8つの経験すべき疾患・病態のカテゴリー

(表2) リハビリテーション医療関連団体協議会構成団体

1. 日本リハビリテーション医学会
2. 日本リハビリテーション病院・施設協会
3. 日本理学療法士協会
4. 日本作業療法士協会
5. 日本言語聴覚士協会
6. 回復期リハビリテーション病棟協会
7. 日本訪問リハビリテーション協会
8. 全国デイ・ケア協会
9. 日本リハビリテーション看護学会・ 国際リハビリテーション看護研究会

では症例数が示されました。診断・評価、治療の中で特に重要性が高いと考えられる手技などに関しても、最低限必要な経験数が示されました。

新しい制度での研修プログラムの大きな特徴は、2つ以上の医療機関で研修プログラムを構成することでした。基幹施設と連携施設から構成されたプログラムにおいて、専攻医は基幹施設のほかに1つ以上の連携施設を3年間かけてローテーションすることになりました。この期間中には病棟主治医の期間を原則12カ月以上(6カ月以上必須)含める必要がありました。リハビリテーション医療においては主治医としての診療を経験できる回復期リハビリテーション病棟の存在が大きく、そこでの勤務を少なくとも6カ月以上含める必要があることが確認されました。回復期リハビリテーション病棟の存在は専攻医の研修においても重要な位置を占めることになりました。また、新たな専門医制度では地域医療の経験も求められていたため、介護老人保健施設などの介護施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションなど介護保険事業、更生相談所などの行政施設なども含まれることになりました。地域でのカンファレンス参加、退院前訪問や住宅改修な

どのための家屋訪問、病診・病病連携会議への出席など、疾病の経過・障害に合わせた様々なリハビリテーション支援について経験することなども求められています。急性期、回復期、生活期における医療・福祉分野にまたがる地域医療・地域連携を経験することにより、専攻医にとっては生活期におけるリハビリテーション医療への認識が深まるという意味においても大きな意義がありました。

●関連団体との関係構築と強化

1. リハビリテーション医療関連団体協議会の発足

2006年7月に発足したリハビリテーション医療関連5団体(日本リハビリテーション医学会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会)は主として診療報酬・介護報酬改定に関する各団体の調整を行ってまいりました。社会保障・税一体改革で2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築におけるリハビリテーション医療の位置づけが示されましたが、高齢者のリハビリテーション以外にも障害児・者のリハビリテーション、難病のリハビリテーションなどに関してもより積極的な政策提言の必要性があると考え、リハビリテーション医療関連5団体では2012年秋から議論を重ねました。会長会議においては、これまでもリハビリテーション医療関連団体として報酬改定などで一つになり一定の成果を上げておりましたが、それだけではなくリハビリテーション医療全体に関わる政策提言を積極的に行うべきという点で合意し、参加団体を増やして行くこととなりました。かくして、2013年1月に「リハビリテーション医療関連団体協議会」が発足し、2013年4月からリハビリテーション看護系の2団体が参加し全体で9団体の構成となりました(表2)。

活動内容として、リハビリテーション各団体が活動資金を拠出して、1. グランドデザイン検討部会 2. 地域包括ケア推進リハ部会 3. 報酬改定検討部会 4. 人材育成検討部会の4つの作業部会を設けて活動を行うこととしました。報酬改定検討部会では厚生労働省との意見交換なども行ったり、リハビリテーション医療に関わる各団体の総意としての意見をとりまとめて改定への要望を提出することもできるようになりました。

2. 報酬改定とリハビリテーション医療に関わる医師への期待

2012年に社会保障改革推進法が成立し、2013年8月の社会保障制度改革国民会議の報告書に、病院病床の機能分化に加え、「地域包括ケアシステムの推進」が強調され、地域にお

ける医療と介護の一体的提供も必要と明記されました。以降、医療・介護の分野では「病院病床機能の分化・連携」と「地域包括ケアシステム」の2つが国家的施策として推進されることになりました。すなわち、病気になっても職場や地域生活へ早期復帰させること、医療や介護が必要になっても住み慣れた地域での暮らしを継続させることが、医療・介護に携わる者の使命であることが示されました。2014年6月には医療や介護に関わる法律が一括して「医療介護総合確保推進法」として改正されました。これらを背景にしてリハビリテーション医療の提供は急性期・回復期・生活期いずれの時期においてもその必要性が認識され一層の充実が求められるようになりました。

2012年度診療報酬改定では、早期からのリハビリテーション医療をさらに推進、回復期リハビリテーション病棟ではより医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰支援を十分行っていることを評価、医療保険のリハビリテーション医療から介護保険のリハビリテーションマネジメントへの円滑な移行が促されました。2014年度診療報酬改定では、在宅医療の充実、急性期病棟のADL維持向上体制加算によるリハビリテーション医療の充実、回復期リハビリテーション病棟では医師とソーシャルワーカーの専従による体制強化加算などが進められました。

2015年度介護報酬改定では、地域包括ケアシステムの構築に向けた対応、活動と参加に焦点をあてたりハビリテーション医療の推進、口腔・栄養管理に係る取り組みの充実などが強調されました。これは、2015年3月にまとめられた「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」報告書の内容が大きく反映されたものでした。それまでの生活期のリハビリテーション医療では身体機能の回復訓練に偏った内容が主流となっていることに疑問があるとし、個別性を重視した適時・適切なリハビリテーション医療の実施、活動や参加などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれた実施、居宅サービスの効果的・効率的連携、高齢者の気概や意欲を引き出す取り組みなどの課題に対して、適宜、適切でより効果の高いリハビリテーション医療を実現するためのマネジメントの徹底(生活期リハビリテーションマネジメントの再構築)、リハビリテーション機能の特性を生かしたプログラム充実(生活機能に焦点を当てたアプローチの強化)を期待した報告書でした。これを受けて介護報酬改定におけるリハビリテーション医療は、生活期リハビリテーションマネジメントの再構築として、リハビリテーション会議の開催および医師の十分な関与を評価するところとなり、リハビリテーション医療における医師のマネジメントの重要性が強調されました。

3. 災害時のリハビリテーション支援

2011年3月11日の東日本大震災発災後、4月13日にはリハビリテーション医療に関係する団体の代表者が集まり「東日本大震災リハビリテーション支援10団体」合同事務局が立上げられました。この活動は2012年12月「東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体」総合戦略会議となり、2013年7月には「大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(JRAT)」に改称されました。その後、各地で起きた地震災害、豪雨災害などにおいてDMATやJMATとともにJRATは支援活動を行い、2020年4月には法人化され「一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会(JRAT)」となりました。日本リハビリテーション医学会会員は各都道府県の地域JRATの一員として積極的に活動しています。JRATでは発災後の活動だけでなく、平時における地域リハビリテーション活動の重要性も指摘しており、日本リハビリテーション医学会も地域リハビリテーション活動に対する一層の理解の下で支援することが望まれています。

4年間の理事長職の間、理事、監事、代議員、医学会会員の皆様に絶大なるご支援・ご協力をいただいたことに心から感謝いたします。

また、事務局の方々にも大変お世話になりました。厚くお礼を申し上げます。



久保 俊一

(くぼ としかず)

1978年京都府立医科大学卒業。1983年米ハーバード大学留学、1993年仏サンテエヌヌ大学留学などを経て、2002年京都府立医科大学整形外科学教室教授に就任。厚生労働省難病研究班主任研究者(班長)や各種学会理事・会長を歴任。2013年より京都府立心身障害者福祉センター所長。2014年より同大リハビリテーション医学教室教授、2015年より副学長を兼任。2016年～2022年日本リハビリテーション医学会理事、2016年同医学会学術集會会長。2019年退官。現在、日本リハビリテーション医学教育推進機構理事長、日本リハビリテーション医学会監事、京都府立医科大学特任教授/名誉教授、和歌山県立医科大学特命教授、京都地域医療学際研究所(がくさい病院)所長、京都中央看護保健大学校学長



(図1) 2016年に神楽坂から神田に移転した事務局のエントランス



(図2) 日本リハビリテーション医学会の広報誌:「活動を育む医学」、「NEXTI！」

日本リハビリテーション医学会 60年 2016年6月-2022年11月の歩み

-
-
- 日本リハビリテーション医学会前理事長(第7代)
- 京都府立医科大学 特任教授/名誉教授
- 久保 俊一

60年の中で私が理事長を担当した2016年6月から2022年11月までの歩みを述べます。

●課題と社会貢献

最も大きな課題が『人材育成』、『教育』でした。リハビリテーション医学・医療の需要の増大とともに専門医の不足が顕在化してきていました。また、2018年から開始される新専門医教育も間近に迫っていました。一方で、人材育成や教育を担う全国の大学医学部の中でリハビリテーション医学の講座があるのは半数にも満たない状況でした。

この困難な状況に対して、『教育体制の整備』を最重要目標に掲げ、多面的に対処することになりました。日本リハビリテーション医学会がリハビリテーション医学・医療の学問的な求心力を持つために、まず、「事務局機能の強化」「理事会機能の強化と委員会の整備」を行いました。そして、「会員増加策の立案」「リハビリテーション医学講座を設置する働きかけ」「学術集會の大規模化と秋季学術集會の創設」「機関誌の充実と国際誌の創設」「専門医教育体制の整備」「用語集と標準的教材(テキストとe-learningコンテンツ)の作成」「教育を連携できる学術団体との協働」「国際交流による人材育成」などの課題に取り組みました。

また、2012年に本医学会が公益法人に移行して4年が経過していましたので、『公益法人としての社会貢献』を具現化する取り組みにも力を注ぎました。

●事務局機能の強化

事務局を神楽坂から十分なスペースと交通の利便性を備えた神田へ移転させて、公益法人としての対外的な体裁(図1)を整えるとともに、事務局員も増員して事務機能の強化を図りました。アクセスが改善し、会議室のスペースも確保できたため、理事会や各種委員会が事務局ビルで開催可能となり、大幅な労力や経費の削減につながりました。

また、事務局での会員対応をきめ細かく実施し、会員カード発行やICTによる会員管理システム導入なども行い、会員サービスの向上に努めました。

さらに、本医学会の活動内容を会員ならびに多くの方により知っていただくために、広報誌として「活動を育む医学」と「NEXTI！」(図2)を発刊するとともに、記者懇談会を定期的に開催しました。

●会員増加策

会員への各種サービスを充実させること、学術集會を大規模化することによる交流の場を増やすこと、リハビリテーション医学・医療の教材を整備して学べる環境を設けること、専門医・認定臨床医取得の意義を広報し理解を得ること(広報誌:「活動を育む医学」、「NEXTI！」を活用)、などを通じて会員増加を図りました。

2020年からの新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響はありましたが、6年間で1100名余りの会員増が実現し、2022年度末時点では約1万1300名を数えるに至りました。私が入会した1979年は1000名台でしたので、隔世の感があります。会員増加は人材育成の

足がかりになるとともに本医学会の財政の安定に寄与しました。各種の新規事業を展開するベースになっています。

また、専門医数も会員数増加に伴って2016年の2147名から、2022年度末で2759名に増加しました。

さらに、会費負担を軽減し学術活動を行う専門職会員の制度も創設しました。リハビリテーション医療はチームによって実施されます。医師以外の専門職にも学術活動や教育の場を提供することは本医学会にとっても重要な課題です。議決権はありませんが、会員資格で学術集会や学会誌において研究成果を発表できる仕組みは徐々に理解が進んでいます。

●理事会・委員会の整備と関係教育団体

理事会や委員会の神田事務局での開催により、それらの資料準備・整理など事務処理効率が格段に向上し、それらの運営が極めて円滑になりました。これを受けて、委員会の新設や統合を行い、原則、理事が委員長として委員会運営を担い、5名に増員した副理事長がさらに複数の委員会を統括するシステムを構築しました。また、課題に柔軟に対応するための理事長直轄委員会も設けました。これらにより、責任の所在が明確になり、課題解決に向けた体制が整いました。そして、この体制のお陰で、2020年から始まった新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のパンデミックにも迅速に対応ができました。オンライン会議が中心の期間でも運営に大きな支障は出ませんでした。

新設した主な委員会としては、教育体制強化のための「研修委員会」や「教材作成委員会」、学術集会の充実を図るための「学術集会検討委員会」、女性の活躍を支援するための「男女共同参画委員会」、社会貢献のための「障がい者スポーツ委員会」などがあげられます。

また、日本リハビリテーション医学会のリハビリテーション医学・医療教育への積極的な取り組みを理解してもらうため、各種団体の代表に本医学会の特任理事に就任してもらう働きかけをしました。このような努力もあり、リハビリテーション医学・医療教育の重要性が広く認識されるようになり、教育活動を目的とした「日本急性期リハビリテーション医学会」と「日本生活期リハビリテーション医学会」の設立を促しました(2017年)。また、2018年には日本リハビリテーション医学会が中心となり関係26団体で、専門職も含めた幅広い教育活動を目的に日本リハビリテーション医学教育推進機構(JRMEC)が創設されました。そして、本医学会はこれらの団体と各種のテキスト作成やオンライン教育のコンテンツ作成で連携し大きな成果を上げています。

●医学部におけるリハビリテーション医学講座設立の働きかけ

全国の大学医学部の中でリハビリテーション医学の講座が極めて少ない状況に対しては、文部科学省や厚生労働省に働きかけるとともに、講座が未設置の大学幹部へのアプローチを理事会の構成員全員で行いました。その結果、2016年時点で82大学中27講座の設置数であったのが、2023年度には45講座まで増えました。新しい講座も含め、全国のリハビリテーション医学講座は新専門医教育プログラムの中心的役割を担っています。

●学術集会の規模拡大(大規模化)と秋季学術集会の創設

学術集会はface to faceで討論し、親交を温める場であり、対外的に存在感を高めるためには、5000～6000名以上の参加者がある大規模学会として認知されることが必要です。私が学会長を務めた2016年度の第53回日本リハビリテーション医学会学術集会では7500名の参加者があり(図3、図4)、それ以来大規模化が実現できています。

また、それまでの専門医会学術集会を医学会会員なら誰でも参加できるように秋季学



(図3) 大規模学術集会が実現した第53回日本リハビリテーション医学会学術集会(2016年、国立京都国際会館)入口とメイン会場(会長講演)の風景



(図4) 軌轍と融和(清水寺貫主 森 清範氏の筆による) 第53回学術集会のメインテーマ「軌轍 Kitetsuと融和 Yuwa」。「軌轍」すなわち轍(わだち)から基本的な知識と技能を学び、各臨床医学分野との協調、多職種間の連携による融和により、さらなる飛躍を願う書



リハビリテーション医学・医療用語集
(2019年・文光堂)



リハビリテーション医学・医療
コアテキスト
(2018年・医学書院)



リハビリテーション医学・医療Q&A
(2019年・医学書院)

(図5) 用語集、コアテキスト
ト(初版)、Q&A



リハビリテーション医学・医療
コアテキスト2版
(2022年・医学書院)



総合力がつくり
リハビリテーション医学・医療テキスト
(2021年・日本リハビリテーション医学教育
推進機構)

(図6) 総合的なテキスト

術集会に衣替えし2017年に第一回を開催しました。専門性と若手が活躍できる場を意識した学術集会となり、現在3000名近くが参加する中規模学術集会に発展しています。

これらの取り組みは、多数の学術論文を世に送り出す原動力となり、会員数の増加にも役立っています。

●機関誌の充実と国際誌の創設

本医学会の顔となる機関誌 (Japanese Journal of Rehabilitation Medicine) ではページ数を増やして情報量を膨らませ、特集、最新のトピックス、医学会のお知らせ、など内容の充実にも努めました。原著掲載数は2016年度に比べ、2022年度は約3倍になりました。

また、世界での日本のリハビリテーション医学・医療の存在感を高めるために2016年7月に創設された国際誌 (Progress in Rehabilitation Medicine) は、PubMed 収載を果たし impact factor の獲得を目指しています。

●新専門医制度への対処

2018年から始まった新専門医制度への対応のため、カリキュラムの整備、研修病院の整備、各都道府県における研修プログラムの調整などを行うとともに、用語集、コアテキスト、Q&Aの発刊を行いました(図5)。

●用語集と標準的教材(テキストとオンライン教育コンテンツ)の作成

用語の統一は、専門領域として最も重要です。同じ事象に複数の表現を用いている場合が少なくないリハビリテーション医学・医療分野の用語統一にまず取り組みました。2016年度以来、日本リハビリテーション医学会が関与する印刷物やホームページなどの広報では用語統一が図られています。用語集の改訂も行われ、2019年に「リハビリテーション医学・医療用語集第8版」(文光堂、図5)が刊行されました。用語に関しては、まだまだ検討すべきことも多く継続した努力が必要です。

新専門医制度スタートに向けて、策定された新カリキュラムに沿って、標準的な教材として「リハビリテーション医学・医療コアテキスト(初版)」(医学書院、図5)が2018年に発刊されました。リハビリテーション科医として学ばなければならない事項がバランスよく記載されています。また、専門医試験の学習を手助けするためにコアテキストに準拠した医学会公認の「リハビリテーション医学・医療Q&A」(医学書院、図5)が2019年に上梓されました。

「リハビリテーション医学・医療コアテキスト」はその後、専門医ばかりでなく、他科の医師や専門職などにも広く活用されるようになり、2022年に2版(医学書院、図6)が日本リハビリテーション医学教育推進機構との共同監修で発刊されています。また、日本リハビリテーション医学会や日本リハビリテーション医学教育推進機構に加え、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・義肢装具士の各協会や日本リハビリテーション病院・施設協会、日本慢性期医療協会が監修した「総合力がつくりハビリテーション医学・医療テキスト」(日本リハビリテーション医学教育推進機構、図6)が2021年に刊行され、医師以外の職種も総合的にリハビリテーション医学・医療を学べる教材となっています。

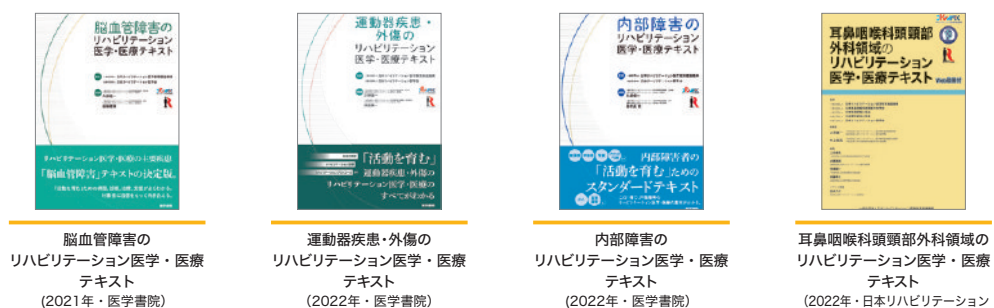
その他、リハビリテーション医学・医療の骨格をなすテキストに関しては、フェーズ別(急性期・回復期・生活期)、疾患別(脳血管障害・運動器疾患・内部障害・耳鼻咽喉科頭頸部外科)、テーマ別(栄養管理・社会活動・処方)などが順次発刊され、2024年3月時点で計14冊(改訂版2冊を含む)になっています。これらのテキストは日本リハビリテーション医学教育推進機構、日本急性期リハビリテーション医学会、日本生活期リハビリテーション医学会、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会、回復期リハビリテーション病棟協会など各種の団体と協働によって作成されたものです。

フェーズ別のテキストとして「急性期のリハビリテーション医学・医療テキスト2版」(日本リハビリテーション医学教育推進機構、図7)「回復期のリハビリテーション医学・医療テキスト」(医学書院、図7)「生活期のリハビリテーション医学・医療テキスト」(医学書院、図7)が発刊されています。急性期・回復期・生活期に応じたリハビリテーション医学・医療の内容が分かりやすく記載されています(図8)。

急性期	回復期	生活期
疾患・外傷の専門治療	疾患・外傷の専門治療	疾患・外傷の専門治療
リハビリテーション治療 ・機能の回復・活動の低下防止と早期改善 ・周術期合併症予防	リハビリテーション治療 ・機能の回復・能力低下の最小化 ・活動の積極的な改善	リハビリテーション治療 ・障害の克服・改善した活動の維持 ・さらなる活動の改善 介護における医師によるリハビリテーションマネジメント
リハビリテーション支援 家庭・社会活動へのアプローチ(準備)	リハビリテーション支援 家庭・社会活動へのアプローチ(準備促進)	リハビリテーション支援 家庭・社会活動へのアプローチ(実践)

(図8) 急性期・回復期・生活期のリハビリテーション医学・医療

疾患別のテキストとして「脳血管障害のリハビリテーション医学・医療テキスト」(医学書院、図9)「運動器疾患・外傷のリハビリテーション医学・医療テキスト」(医学書院、図9)「内部障害のリハビリテーション医学・医療テキスト」(医学書院、図9)「耳鼻咽喉科頭頸部外科領域のリハビリテーション医学・医療テキスト」(日本リハビリテーション医学教育推進機構、図9)が上梓されています。それぞれの疾患や障害に応じた診療の実践が紹介されています。



(図9) 疾患別のテキスト

テーマ別では、「リハビリテーション医学・医療における栄養管理テキスト」(医学書院、図10)「社会活動支援のためのリハビリテーション医学・医療テキスト」(医学書院、図10)「リハビリテーション医学・医療における処方作成テキスト」(医学書院、図10)が刊行され、それぞれのテーマに沿った内容が詳述されています。

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のパンデミックもありオンラインでの教育システムの充実にも努めました。e-learning用の教育教材作成を進め、オンラインでの研修会も整備しました。

●リハビリテーション医学・医療コアテキストの概要

1. リハビリテーション医学の定義

新専門医制度を控えた2017年の理事会において、リハビリテーション医学を「活動を育む医学」と定義することを決定しました。疾病・外傷で低下した身体的・精神的機能を回復させ、障害を克服するという従来の解釈の上に立って、ヒトの営みの基本である「活動」に着目し、その賦活化により、ADL (activities of daily living)・QOL (quality of life) をよりよくする過程がリハビリテーション医学の中心であるとする考え方に沿っています。

2. 活動の捉え方

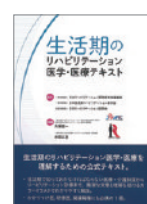
「日常での活動」としてあげられる、起き上がる、座る、立つ、歩く、手を使う、見る、聞く、話す、考える、服を着る、食事をする、排泄する、寝る、などが組み合わせたり、掃除・洗濯・



急性期のリハビリテーション医学・医療テキスト2版
(2024年・日本リハビリテーション医学教育推進機構)



回復期のリハビリテーション医学・医療テキスト
(2020年・医学書院)



生活期のリハビリテーション医学・医療テキスト
(2020年・医学書院)

(図7) フェーズ別のテキスト



社会活動支援のためのリハビリテーション医学・医療テキスト
(2021年・医学書院)



リハビリテーション医学・医療における栄養管理テキスト
(2022年・医学書院)



リハビリテーション医学・医療における処方作成テキスト
(2023年・医学書院)

(図10) テーマ別のテキスト

1 リハビリテーション診断

活動の現状と問題点の把握、活動の予後予測が目的

- 問診
- 身体所見の診察
- 各種心身機能の評価・検査
- ADL・QOLの評価
FIM (機能的自立度評価法)、Barthel 指数など
- 栄養評価●画像検査
単純X線、エコー、CT、MRI など
- 血液・生化学検査
- 電気生理学検査
筋電図、神経伝導検査、脳波、体性感覚誘発電位 (SEP)、心電図など
- 生理学検査
呼吸機能検査、心肺機能検査など
- 摂食嚥下機能の検査
反復唾液嚥下テスト、水飲みテスト、嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査など
- 排尿機能検査
- 病理学検査
神経・筋生検など



2 リハビリテーション治療

活動の最良化が目的

- 理学療法
運動療法、物理療法
- 作業療法
- 言語聴覚療法
- 摂食機能療法
- 義肢装具療法
- 認知療法・心理療法
- 電気刺激療法
- 磁気刺激療法
rTMS (repetitive transcranial magnetic stimulation) など
- ブロック療法●薬物療法 (漢方薬を含む)
疼痛、痙縮、排尿・排便、精神・神経、循環・代謝、異所性骨化など
- 生活指導
- 排尿・排便管理
- 栄養療法
- 手術療法
- 新しい治療
ロボット、BMI (Brain Machine Interface)、再生医療、ICT (Information and Communication Technology) や AI (Artificial Intelligence) の活用など



3 リハビリテーション支援

活動の社会的支援が目的

- 家屋評価・住宅改修
- 福祉用具
- 支援施設
(介護老人保健施設:老健、介護老人福祉施設:特養)
- 経済的支援
- 就学・復学支援
- 就労・復職支援 (職業リハビリテーション)
- 自動車運転の再開支援
- 法的支援
介護保険法、障害者総合支援法、身体障害者福祉法、児童福祉法など
- パラスポーツの支援



(表1) リハビリテーション診療の診断・治療・支援という3つのポイント

料理・買い物などの「家庭での活動」、就学・就労・スポーツ活動・地域活動などの「社会での活動」につながっていきます。ICFにおける「参加」は、「社会での活動」に相当します。

3. リハビリテーション医学・医療・診療

リハビリテーション医学という学術的な裏づけのもとにエビデンスが蓄えられ、根拠のある質の高いリハビリテーション医療が実践されます。リハビリテーション医療の臨床がリハビリテーション診療であり、基本診療領域として位置づけられるリハビリテーション科において、診断と治療に支援を加えて展開されます(表1)。

4. リハビリテーション診断

急性期・回復期・生活期を通してヒトの活動に着目し、病歴、診察、評価、検査などから活動の現状を把握し、問題点を明らかにしたうえで活動の予後を予測します。

5. リハビリテーション治療

各種治療法を組み合わせ、リハビリテーション処方を作成し最良の活動状況にします。

6. リハビリテーション支援

リハビリテーション治療と並行して、環境調整や社会資源の活用などにより活動を社会的に支援していきます。

7. リハビリテーション医療チームにおけるリハビリテーション科医

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、看護師、薬剤師、管理栄養士、公認心理師/臨床心理士、臨床検査技師、臨床工学技士、社会福祉士/医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員/ケアマネジャー、介護福祉士、などの専門の職種、担当診療科の医師、歯科医、歯科衛生士、からなるリハビリテーション医療チームの要として、心理的安全性を担保しながらチーム内の意思疎通を図り、それぞれの医療機関の特性を踏まえて、医療資源をバランスよく差配する役目をリハビリテーション科医は担っています(図11)。

●国際交流による人材育成

日本の優れたリハビリテーション医学・医療を世界に発信すること、また、諸外国におけるリハビリテーション医学・医療の進歩を知ることは大切な事項です。海外との交流や国際学会の日本開催などでこれらを進めていく必要があり、国際的に活躍できる人材育成



(図11) リハビリテーション医療チーム

も重要になります。

この課題に対しては、海外への派遣制度を充実させ、海外からの招聘制度も整備しました。また、2019年には、第12回国際リハビリテーション医学会 (ISPRM2019) を神戸で開催できました。残念ながら、2020年の新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のパンデミック以降は国際交流の休止を余儀なくされましたが、徐々に活動は再開してきています。

●公益法人としての社会貢献

公益法人の社会貢献として、3つの具体的な目標を掲げました (図12)。

一つは、東京パラリンピック (2021年開催) を含む障がい者スポーツの支援です。「パラリンピック」の名称は1964年の東京オリンピックに続き開催された国際身体障がい者スポーツ大会に際して考案された名称です。東京パラリンピックを支援し、他の障がい者スポーツのサポートも行いながら、障がい者スポーツ振興の社会的意義を広く知ってもらう活動を行いました。

もう一つは、水間正澄理事長時代に開始された地震や風水害などの大きな災害に対する支援活動です。避難生活が長引いた場合の心身活動の維持や回復を図る JRAT (一般社団法人 日本災害リハビリテーション支援協会) の活動は高い評価を受けています。

さらに、inclusive society (寛容社会) の実現に貢献する努力もしました。超高齢社会では障害を持つ人の割合は高く、障害は身近な問題となり障害を持たない人も無関心ではられません。「人生は、いつか来た道、いつか行く道」という言葉もあります。寛容な心でこれらに対処することが求められます。「よりよいADL・QOL」を目標とするリハビリテーション医学・医療の実践はこの寛容な心を養うために役立つはずで、リハビリテーション医学・医療の社会的意義は大きいと言えます。

最後に、6年余りの理事長職を無事全うできたのは、副理事長、理事、監事、事務局幹事、代議員をはじめとする医学会会員の皆様のご支援のお陰です。心からお礼を申し上げます。また、医学会運営の実務を担ってくれた事務局の皆様とご協力いただいた関係者の皆様にも深く感謝いたします。ありがとうございました。



(図12) 日本リハビリテーション医学会の社会貢献



佐浦 隆一

(さうらりゅういち)

1986年神戸大学医学部卒業。1989年カナダ クイーンズ大学留学、1996年神戸大学医学部保健学科 助教授、2006年兵庫県立リハビリテーション西播磨病院副院長を経て、2008年大阪医科大学(現、大阪医科大学)リハビリテーション医学教室教授に就任。日本リハビリテーション医学会理事および副理事長を歴任、第4回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会(2020年)会長を務めた。現在、神戸大学客員教授、京都府立医科大学客員教授、和歌山県立医科大学 非常勤講師も兼任

日本リハビリテーション医学会 60年

2022年11月-2024年4月の歩み

-
-
- 日本リハビリテーション医学会副理事長
大阪医科大学 教授
- 佐浦 隆一

60年の中で安保雅博理事長が就任された2022年11月から2024年4月(執筆時点)までの日本リハビリテーション医学会の歩みを、総務担当副理事長を拝命した私が僣越ながら述べさせていただきます。

●公益社団法人としての組織の在り方

日本リハビリテーション医学会は創立50周年を迎えた2013年の前年に公益社団法人化されました。公益社団法人化にあたり、評議員は社員(代議員)となり、その定員は北海道、東北、関東、中部・東海、北陸、近畿、中国・四国、九州の8つの地方会組織に各地方会の会員数に応じて割り振られ、地方会組織ごとでの選挙で社員(代議員)が選出されることになりました。そして、理事会が代議員による役員候補者選出のための意向選挙結果に基づいて役員候補者(理事20名、監事3名)を決定し、社員(代議員)総会に提案、社員総会での議決を受けた後に新理事会が発足いたします。

新理事会では互選により新理事長が選出され、その後の2年間、日本リハビリテーション医学会の業務を執行(舵取り)いたします。理事長を補佐する副理事長は5名以内が新理事会で互選により選出され、理事長とともに業務執行理事会を構成します。

2022年11月からは、佐浦隆一(総務・広報)、島田洋一(全般)、田島文博(教育・国際)、正門由久(国際・教育)、美津島隆(財務・広報)各理事(50音順)が副理事長として、理事長を補佐しながら日常の会務を分掌して処理することになりました。日本リハビリテーション医学会には6つの理事長直轄委員会と23の常設委員会が設置され、副理事長あるいは担当理事が原則、委員会委員長に就任して、事務局とともに医学会業務を遂行しています。

さて、一般社団法人と異なり公益社団法人はその公益性故に、理事長を中心とした役員(理事・監事)のみならず、社員(代議員)にまで役割と責任を自覚して職務を全うすることが求められています。そして、「公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律(認定法)」に則った組織運営が求められますので、小林哲也顧問弁護士の助言を受けながら、久保俊一前理事長の指揮の下、再度、組織体制や運営に法的な瑕疵がないかを徹底的に見直した結果、2022年度の新しい執行部のスタートは11月にずれ込んでしまいました。

また、公益社団法人は財務・会計面でも税制優遇を受けるが故、その公益性を担保するために区分経理(公益目的事業会計・収益事業等会計・法人会計)が求められます。久保俊一前理事長の掲げる「学術集会の大規模化と秋季学術集会の創設」と医学会会員増加のための施策などが功を奏して、財務基盤、特に収益事業等会計も安定化してきていたところに、2019年末の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のパンデミックが衝撃を与え、学術集会収益の減少、教育研修会の開催制限などが重なり、2020年～2022年の久保俊一前理事長体制下はもちろん、安保雅博理事長体制下でも財政基盤がかなり脅かされました。

久保俊一前理事長体制下では新型コロナウイルス感染症(COVID-19)パンデミックの状況でも教育・研究体制の維持、強化、オンライン体制への移行のために、さまざまな支援

や財政支出が行われましたが、安保雅博理事長体制下では赤字決算への懸念から、かなりの緊縮財政となり、医学会会員の皆様にご不便をお掛けしましたことは執行部の一員として慚愧の念に堪えません。

しかし、2023年5月に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が新型インフルエンザ等感染症（いわゆる2類相当）から5類感染症に移行したことによる、年次および秋季学術集会の参加者数増加に伴う収支改善やCOVID-19対策としてのオンライン会議システムの普及・導入による理事会や委員会会議費などの支出削減も相俟って、美津島隆（財務・広報担当）副理事長と小林正典事務局長の献身的かつ超人的な業務遂行により、医学会収支が改善傾向に向かっていることが確認できましたので、組織・財政・事業などさまざまな面で健全な形の日本リハビリテーション医学会を次代へ引き渡すことが責務である現執行部の一員として、安堵しているところです。

◎日本リハビリテーション医学会が推進すべき3つの方針

2022年（令和4年）11月より久保俊一前理事長の後任として日本リハビリテーション医学会の第8代理事長に就任された安保雅博理事長は、人々の「活動を育む」リハビリテーション医学において、日本リハビリテーション医学会の役割は「機能回復と障害克服の先にある社会活動への参加を総合的に提供することである」とホームページ（<https://www.jarm.or.jp/jarm/greeting.html>）で述べられています。そしてその役割を全うするために、現在の日本リハビリテーション医学会が特に推進すべき3つの方針を掲げられました。

1. 内部・外部への開放

まず、内部に開かれた日本リハビリテーション医学会とは、若手参加による組織全体の活性化であると述べられています。そのため、理事会や委員会などに若手が参加して活躍できるように、さまざまな施策を用意されました。

施策の中で特筆されるべきものは、社員（代議員）の定年制と役員（任期制）です。社員（代議員）の定年制導入にあたっては、安保雅博理事長より選挙制度検討委員会（美津島隆統括副理事長、中村 健担当理事・委員長）に他学会の動向を踏まえた適切な年齢設定が指示されました。

（表1）年代別の代議員の割合

年齢	人数	割合（%）
65歳以上	38	11.2
60～64歳	87	25.6
55～59歳	88	25.9
50～54歳	65	19.1
45～49歳	46	13.5
40～44歳	13	3.8
35～39歳	3	0.9
合計	340	100

ちなみに2022年4月1日当時の社員（代議員）年齢構成は55歳以上の社員（代議員）が全体の6割を超える状態でした（表1）。そこで、さまざまなシミュレーションが行われ、結局、社員（代議員）就任年の4月1日に65歳未満であることを年齢の条件としました。そして、結果として、各地方会では社員（代議員）の入れ替え（若返り）がすすみました。

次に、理事や監事など役員（任期制）の導入に踏み切りました。役員への立候補資格は社員（代議員）ですので、社員（代議員）に定年制が導入されれば、自ずと役員にも定年制が生じます。

ただ、役員（理事・監事）には任期制がありませんでしたので、長期間に渡って理事・監事の職に就かれている方も少なくありませんでした。事業継続や諸外国との関係維持には同じ役員が継続することのメリットもないわけではありませんが、あまりに属人的であり、そのメンバーが理事会から退出してしまふと事業が頓挫したり、諸外国との関係が失われてしまったりするデメリットもあります。

他学会は2期4年で役員が交代するところも多いので、属人的な部分を組織として行うことにより、事業継続や諸外国との関係維持ができると判断し役員の任期を次のように決めました(表2)。

(表2) 役員の任期

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会定款第27条

1. 理事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結の時までとし、再任を妨げないが、最大4期を超えることができない。
2. 監事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結の時までとし、再任を妨げないが、最大2期を超えることができない。
3. 従前理事に就任していた者が監事に選任される場合、または、従前監事に就任していた者が理事に選任される場合は、前2項の各任期内であり、かつ通算して最大4期を超えることはできない。

次に、外部に開かれた日本リハビリテーション医学会とするために、財務・人事の面から日本リハビリテーション医学会組織の強靱化をすすめ、リハビリテーション医学の推進のために他の学会・協会との連携と協働が、より緊密になるように外交を強化すると述べています。

財務の面からは、美津島隆財務・広報担当副理事長が旗振り役となって支出の見直しを行い、また、人事面では若手の酒井良忠、佐々木信幸両教授を事務局幹事に抜擢し、業務執行理事会と理事会に陪席させることで、日本リハビリテーション医学会の進むべき方向とそのために必要な業務を学んで貫っています。

さらに、私が担当理事・委員長として将来構想委員会を組織して将来の日本のリハビリテーション医学・医療の全体構想(グランドデザイン)構築に資するため、日本リハビリテーション医学会のMVV(ミッション・ビジョン・バリュー)策定にも着手しました。

2. 学術の賦活と教育の充実

リハビリテーション医学での学術活動による学問的な発展は当然として、リハビリテーション医療の中で活躍できるリハビリテーション科医の育成に全力を尽くすことを掲げられています。どのような障害や疾病をもつ患者さんも総合的に診ることのできる医師がリハビリテーション科医であるので、専門医制度基本領域の診療科に相応しい医師となるための教育に資するプログラムやカリキュラムの充実と均てん化に努め、また、リハビリテーション医学はチーム医療に立脚して実践されるので、看護職・福祉職・介護職やリハビリテーション専門職などリハビリテーション医療チームの底上げに資する教育体制の構築にも、関連団体とともに注力しておられます。

久保俊一前理事長以降、日本リハビリテーション医学会は日本リハビリテーション医学教育推進機構(JRMEC)と共同で数多くの基準となる教科書を作成しています。この教科書を上手く活用して、リハビリテーション科医はもとより他診療科医師、そして、広く関連職を含めた卒前・卒後の教育体制を充実させておられます。

ちなみに安保雅博理事長は会長として、2024年6月13日～16日まで、主催校である東京慈恵会医科大学の建学の精神「病気を診ずして病人を診よ」をテーマに掲げ、再開発が著しい東京・渋谷の街を会場にするという斬新かつインパクトや話題性が高い方法で第61回日本リハビリテーション医学会学術集会を主催されます(図1)。

病気を治すだけでなく、病気を持った患者さんの苦しみをなくすこと、また、医学的

力量だけでなく、人間的力量も兼ね備えた医師になれという意味が込められた「病気を診ずして病人を診よ」はリハビリテーション医学・医療の原点に直結する言葉だと述べられています。

幅広く、ベテランから中堅、そして時代を担う若手まで、リハビリテーション医学・医療にかかわるすべての人々が興味をもって参加できる企画が数多く用意され、学術の賦活と教育の充実という目標に相応しく、アカデミックで、プラクティカルで、しかしビューロクラティック（官僚的）ではない、リハビリテーション医学・医療関係者に広く開かれた学術集会在開催されることを大いに期待しています。

3. 社会貢献の拡充

パラスポーツ支援、災害支援をさらに進めました。パラスポーツ支援はきたるべきパリのパラリンピックに向けて、パラスポーツ委員会のメンバー拡大を図りました。さまざまな外部団体との協働・協調により、事故なく、1個でも多くのメダルが獲得できることを期待しています。

2024年1月1日に発災した能登半島地震で被災された皆様には、この場をお借りして衷心よりお見舞いを申し上げます。また、発災地とその周囲の公的機関、医療・福祉・介護施設で発災直後から献身的に働いておられた皆様、DMAT、JMAT、また、その後のサポートに入られたJRAT（日本災害リハビリテーション支援協会）の皆様にも心よりお礼申し上げます。

日本リハビリテーション医学会もJRATの一団体として災害対策中央本部（東京）に本部長を派遣するほか、災害対策現地本部（金沢）では金沢医科大学リハビリテーション医学 松下功教授が本部長として陣頭指揮を執り、また、金沢市周辺の多くのリハビリテーション科専門医もJRATのメンバーとして八面六臂の活躍をされました。他にも、全国からリハビリテーション科医がJRATのメンバーとして災害支援に駆けつけました。

障害を持つ方々の就学・就労支援にも尽力しました。包摂的を意味するインクルーシブ、多様性を意味するダイバーシティの両者を同時にマネジメントできる医学の専門家こそリハビリテーション科医ですので、これまで以上に障害を持つ方々の復権や社会活動をサポートするためにリハビリテーション科医が先頭に立つように鼓舞しています。

障害を持つ方々と社会との接点をどのように作るかが大きな課題ですが、これからも日本リハビリテーション医学会では障害を持つ方々の社会活動や働き方について広く議論し、障害を持つ方々の社会活動と就学・就労支援を積極的に進めてまいります。

いずれも一朝一夕では成し遂げられるものではありません。数多くの課題に対して理事、監事、代議員、そして、日本リハビリテーション医学会会員の皆様と力を合わせて取り組んでいく所存です。1年あまりと短い間でしたが、安保雅博理事長がその職務を無事全うできたのは、副理事長、理事、監事、事務局幹事、代議員をはじめ医学会会員皆様のご支援あればこそです。心から感謝いたします。また、医学会運営の実務を担う事務局はじめ、ご関係の方々にお礼申し上げます。本当にありがとうございました。

これからも、より良い日本リハビリテーション医学会を目指して、役員が一丸となって頑張りますので、ご支援とご協力をよろしくお願い申し上げます。



（図1）第61回日本リハビリテーション医学会学術集会のポスター

これからの展望



日本リハビリテーション医学会60周年記念に寄せて -国際化の観点から

青柳 陽一郎 日本医科大学大学院医学研究科リハビリテーション学分野教授

日本リハビリテーション医学会60周年を心よりお祝い申し上げます。

私が日本リハビリテーション医学会に入会してから30年が経過しようとしています。これまで学会誌編集委員、システム委員、広報委員などを通じ、深く関わらせていただきました。本寄稿では、リハビリテーション医学の国際化という観点を軸に、これまでの自身の関わりと今後の展望について考えたことを述べさせていただきます。

私は横須賀米海軍病院でのインターンを経て、1994年に米海軍病院の大先輩である千野直一先生が主宰されていた慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室に入局しました。1995年に脊髄損傷のASIA評価法の第一人者であるDr. J.F. Ditunno Jr.が主宰されていたトーマス・ジェファーソン大学リハビリテーション科で1か月の臨床研修を経験しました。1996年にケース・ウェスタン・リザーブ大学で機能的電気刺激装置が埋め込まれた脊髄損傷患者の動作を目の当たりにし、当分野の研究に関わりたいと思いました。1998年から2002年までアルバータ大学神経科学センターの博士課程学生として留学しました。Dr. R.B. Steinの指導のもと、歩行の機能的電気刺激、中枢メカニズムに関する基礎研究に携わるとともに、リハビリテーション科専門医のDr. K.M. Chanの指導のもと、臨床筋電図検査に従事しました。帰国後は北米のみならず、欧州やアジア・オセアニアの研究者、リハビリテーション科医師との国際交流が広がりました。

日本のリハビリテーション医学は、諸先輩の先生方がパイオニアとして米国研修から持ち帰り、私が研修を開始したときは、日本のいくつかの大学で独自の研修システムが始まった時期でした。しかしリハビリテーション医学を北米並みに普遍的に研修できる施設はまだ限られていました。2019年に新専門医制度が開始され、多くの施設で高度な専門知識を持つ医療人材の育成が可能となりました。世界的に見ると、リハビリテーション科医師の育成はかつては北米が群を抜いていましたが、近年は韓国やタイなどのアジア諸国が台頭しています。そして、各国独自の文化や

生活様式、医療システム、人口構造により、リハビリテーション医学の認知度、位置づけも変化してきており、各国の得意分野も少しずつ異なってきています。COVID-19の世界的な流行により、異文化間の医療人材交流は一時後退しましたが、リハビリテーション医学研究は世界各国で進められ、脳可塑性、AI技術、神経科学、再生医学など最新技術を応用・融合したアプローチや新たなデバイスの開発が進められています。今後、国際的な研究成果の知見を取り入れ、日本の医療現場に導入し、患者への最新かつ効果的な治療を提供すること、また日本で開発された高度な技術や治療法を世界に向けて発信することが重要です。これらを念頭において国際的な共同研究やプロジェクトを展開する必要があります。

リハビリテーション医学教育においても、国際的な視野を持ったカリキュラムや教育プログラムの強化が求められます。海外からの留学生や研修医の受け入れ、日本のリハビリテーション専門職の海外研修や留学など、国際的な人材交流がリハビリテーション医学のグローバル化と発展に繋がりますので、若い医学会員の活躍が望まれます。国際的な連携と共同研究を通じて、より先進的なリハビリテーション医療を提供し、患者のQOLを向上させることが期待されます。



名古屋市立大学リハビリテーション医学教室の あゆみと展望

植木 美乃 名古屋市立大学 大学院 医学研究科リハビリテーション医学教室教授

当教室は国公立大学では全国に先駆けてのリハビリテーション医学講座であり、2014年に和田郁雄名誉教授が教室を開設され教室運営の基盤を築かれました。市立大学病院として地域社会に根付き貢献できるリハビリテーション医療を展開していける魅力ある教室を目指して医局員とともに教室の発展に携わって参りました。

現代社会が成熟していくに伴いリハビリテーション科の果たす役割は益々重要となっております。疾病構造も急速に変化しつつあり、必要とされる医療の内容も大きく移り変わっております。現代医療は集学的医療-個別化医療と様々な側面があり今後はゲノム、薬剤、移植治療のみならず深層学習などのAIによる医療革新も目前に迫っております。そのような医療革新の時代にはリハビリテーション科は患者が家庭・社会活動を行っていくにあたっての根源となります。運動機能・高次脳機能・日常生活動作および障害像を評価・診断し、様々な手法を用いてリハビリテーション治療を行い、患者を家庭・社会復帰させると同時に機能・活動維持をしていくことを目標としております。様々な疾患が対象となりますが「機能」「活動」「障害」に着眼する点で革新的な学問であり今後は医療技術との融合も図りさらに重要な分野になると考えております。本教室では、リハビリテーション医学における研究は「science to society」の実践であると考え臨床研究、基礎研究に取り組んで参りました。今後は1) 機能障害の内的システム評価方法と機能回復に向けた新規介入法の開発、2) 障害発現機序や新規技術開発のための橋渡し基礎研究、3) これらを統合し日本のリハビリテーション医療システムとして社会実装することが大学のリハビリテーション医学講座の責務であると考えております。

さらに、患者の機能・活動を維持するためには時系列でのリハビリテーション医療の継続が重要となります。即ち急性期から回復期さらには生活期に至るシームレスなリハビリテーション医療の提供が重要となって参ります。簡便化、システム化したコンパクトなリハビリテーション医療モデルとして当教室では「名古屋都市型コンパクトリハビ

リテーション医療モデル」を提唱し、名古屋市立大学病院群で実践を開始しております。機能障害の効率的な回復を促すために名古屋市立大学病院群のリハビリテーション室を中心として個々の患者の行動評価・動態解析・表面筋電図・ビデオなど簡便に計測できる生体信号データを収集し、解析・評価用クラウドデータベースサーバに蓄積し、それら機能障害に基づいた適切なリハビリテーション治療を予測・選択し、提供できるアルゴリズムを作成することを目指しております。超高齢社会である我が国では、患者もしくは高齢者の生活期の機能維持が最も重要となり、それぞれの地域と連携し患者個人に個別化した循環型リハビリテーション医療モデルを提唱し、地域高齢者や障害者を支え活気ある日本を支援できればと考えております。

最後となりますが、今後、リハビリテーション医学・医療は融合医療となっていくのではないのでしょうか。医療と社会、人間と機械が融合することでリハビリテーションは新たなステージに進んでいくと考えられ、本講座もその一端を担うことができると考えます。開設当初より当講座を支えて頂きました同門会長万歳登茂子先生、名古屋市立大学整形外科学分野名誉教授松井宣夫先生、済衆館病院紙本薫先生をはじめ諸先生方・スタッフ一同に深く御礼を申し上げます。今後も日本リハビリテーション医学会に貢献できる講座を目指して参りたいと思います。





教室開設10年目にあたり思うこと

三上 靖夫 京都府立医科大学リハビリテーション医学教室教授

日本リハビリテーション医学会が創立60周年を迎えるにあたり、寄稿する機会をいただいたことを大変光栄に思います。本医学会に入会してから35年目となりますが、その間に少子高齢化が進み、人口動態や疾病構造、医療情勢が大きく変化するなかでリハビリテーション医学・医療が注目されてきました。京都府立医科大学リハビリテーション医学教室は、京都府の地域包括ケアシステム推進の3本柱の一つに据えられたリハビリテーション医療の充実に則り、人材育成を目的として2014年10月に開設されました。附属病院ではリハビリテーション科を開設し、専有病床の配分を受けました。翌2015年から医学部学生への講義と臨床実習を開始、2016年には前理事長の久保俊一先生が会長を務められた第53回日本リハビリテーション医学会学術集会の運営にあたりました。2017年に待望の専攻医を迎えて以後、今日まで22名の専攻医を受け入れ、2021年には教室から初の専門医を輩出しました。大学院では2018年には修士課程の、2021年には博士課程の修了者に学位が授与されました。そのほか、かかりつけ医対象のセミナーや講演会、実地研修を毎年行い、いくつかの学会や研究会を主催する一方、競争的研究資金をコンスタントに獲得できるようになりました。各方面からご協力を得ながら、教室開設10年で基礎を固めることができました。

このような背景から思うところを記します。10年前、整形外科からリハビリテーション科に転科を決意するまで、私はリハビリテーション科医の仕事を知りませんでした。リハビリテーション科医は、QOLのL (Life) が示す生命(心身機能・身体構造)、活動、生活(人生)を最善にするために、生活環境にもアプローチします。リハビリテーションというwordは広く認知されています。一方で、リハビリテーション科医がどんな仕事をしているのか、私がそうであったように、医師を含む多くの医療関係者に、十分に認知されていないのが現実です。国内の医学部に講座が増えつつありますが、すべての医学部で、学生がリハビリテーション医学を学び、リハビリテーション医療の実際に触れる機会を作り、インパクトを与えることが不可欠で

す。リハビリテーション科に進み本医学会へ入会してもらうためだけでなく、全ての診療科に進む学生や研修医にリハビリテーション科がどんな診療科で、リハビリテーション科医は何ができるのか理解してもらうことが重要です。本医学会は医学生や研修医への広報活動を展開していますが、当教室でも、既に力を入れている講義や臨床実習はもちろん、学内外に広くアピールしていきます。実際にはリハビリテーション科医の一人ひとりが、しっかりと診療にあたって存在感を示すことが最も重要であり、診療を通して存在感を示せるリハビリテーション科医を育てていくことが責務と考えています。

地域包括ケアシステムは形に見えませんし、完成形を示すこともできません。しかし、病院・施設への入院・入所が制限され、介護の担い手も不足していく現在、介護予防を含めた地域包括ケアシステムを充実させることは重要です。人材を育成するだけでなく、多職種が無駄なく連携するために、医療・介護・福祉の各職種がお互いを知り、がっちり手を組んでいかねばなりません。日本災害リハビリテーション支援協会(JRAT)の一員として能登半島へ被災者支援に向かい、被災地での医療・介護・福祉・保険の課題を目の当たりにしました。平時から地域包括ケアシステムを構築しておくことの重要性を再認識した次第です。ローカルな話で恐縮ですが、昨年、京都府でリハビリテーション医療と介護分野の各団体がフラットに一つになって事業を進めるフォーラムを立ち上げて活動を始め、手応えを感じています。残された任期は短いですが、人材育成を通しリハビリテーション医療と地域包括ケアシステムの充実に尽くしていきたいと考えています。



横浜市立大学医学部リハビリテーション科学教室の あゆみとこれから

中村 健 横浜市立大学医学部リハビリテーション科学教室主任教授

日本リハビリテーション医学会創立60周年を迎え医学会の歴史の重みを感じるとともに、日本リハビリテーション医学会会員の一人として大変喜ばしく思います。

私は、1993年に産業医科大学医学部を卒業し、産業医科大学リハビリテーション医学教室に入局しました。その後、2005年に和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座へ席を移し、和歌山県立医大での約4年間の准教授をへて2016年に横浜市立大学医学部リハビリテーション科学講座の教授に就任しました。

横浜市立大学リハビリテーション科は日本で最も早く大学病院の独立した診療科として、1968年に当時の整形外科教授土屋弘吉先生のご尽力を得て、横浜市立大学附属浦舟病院に創設されました。初代科長として大川嗣雄先生が就任され大川先生のご指導のもと教室が発展しました。1992年志半ばにして大川先生が逝去されましたが、その遺志を継いでリハビリテーション科部長に安藤徳彦先生が就任され、2000年に臨床教授に就任されました。その後、2007年に佐鹿博信先生が2代目臨床教授に就任されました。そして、2016年1月に教室員の悲願であった講座化を果たし、私が初代講座教授を拝命させて頂きました。横浜市立大学リハビリテーション科は、横浜市内、神奈川県内の主要な医療機関へ専門医を派遣し、強固な医療連携を構築し自治体の福祉行政とも良好な協力体制を確立してきました。このような努力が実を結んで、横浜市では現在、他の自治体の模範となるような、急性期から生活期までの一貫したリハビリテーション医療が提供されています。関連施設には地域・在宅医療や小児疾患、脳卒中、脊髄損傷などに特化した特徴的な施設も含まれています。

私が横浜市立大学医学部リハビリテーション科学教室に教授として赴任し、2024年1月で8年が経ちました。赴任した当初、本学リハビリテーション科は地域と連携した回復期から生活期に至る質の高いリハビリテーション医療体制は確立されていましたが、急性期リハビリテーション医療の質は充分とは言えませんでした。このため、私は大学病院を中心とした急性期リハビリテーション医療の充実に

力を入れ、ICUや周術期のリハビリテーション医療、心臓リハビリテーション医療など急性期におけるシステム構築と人材育成を進めて参りました。その結果、この8年間で急性期における質の高いリハビリテーション医療体制が構築されました。重症COVID-19患者の急性期リハビリテーション治療では、2020年2月初旬の当院1症例目の患者より開始しており、日本で最も早く取り組んだ病院ではないかと思っております。また、研究面では、私の赴任まで講座化されてなかったこともあり、赴任前は学位取得者が少なく研究環境が充実していませんでした。このため、臨床研究を中心とした研究環境の整備と研究の促進を進めて参りました。まだまだ多くは有りませんが、この8年間に博士課程5名、修士課程2名が大学院生として在籍し、2名が博士、2名が修士の学位を取得しております。

今後は、更なる急性期リハビリテーション医療の充実、地域との連携による回復期、生活期のリハビリテーション医療強化を進めると共に、社会復帰を果たした障害者や高齢者に対する健康維持と介護予防に対する医学的取組みにも力を入れて行きたいと考えています。研究面においても、大学院生を増やし研究を促進し、多くの若い医師や療法士の学位取得を進めたいと考えています。さらに、将来のリハビリテーション医学・医療を担う人材育成には特に力を入れて取り組んで行きたいと考えています。有難い事に、この8年間で12名の専攻医が本学の専門医プログラムに入り、2024年度も4名の専攻医が入ることになっています。引き続き、本学専門医プログラムの更なる質の向上と人材確保を進め人材育成に取り組んで行きたいと思っております。この横浜から、我が国のリハビリテーション医学・医療をリードする多くの優秀なリハビリテーション科医が育っていくことを夢見て尽力して参ります。

明るく希望ある未来に向け、日本リハビリテーション医学会そしてリハビリテーション医学・医療の益々の発展を祈念致します。



日本リハビリテーション医学会創立60周年に寄せて

津田 英一 弘前大学大学院医学研究科リハビリテーション医学講座教授

日本リハビリテーション医学会創立60周年、誠に改めてございます。1963年9月29日に開かれた創立総会にて誕生した本医学会は、当初の会員数数百名から現在は1万1千人を超える規模にまで発展しました。創立時の資料を拝読するにつけ、医学会創立に向け発起された先達の志し、信念、熱意がそれを実現し、その意思がその後も脈々と受け継がれ本日の発展があるものと確信いたしました。様々な苦難を乗り越え日本医学会加入、専門医制度確立、公益法人移行、日本専門医機構基本領域認定などを実現し、本医学会のプレゼンスを高め、リハビリテーション医学・医療が広く認知されるためにご尽力いただいた全ての方々に敬意を表します。

さて60周年記念誌の発刊に向け、「今後の抱負や展望」という題目を寄稿文のテーマとしていただきました。ご存じの通りリハビリテーション医学・医療は関連する医学領域も広く、また介護・福祉をはじめとした社会的に繋がりが深い分野も数多く存在します。従って取り組むべき具体的な課題は数限りなくあり、そのどれもが重要ではございますが、全てを取り上げて言及する訳にはまいりません。そこで地方大学に勤務する現在の自身が置かれた立場を踏まえ、身近な課題にフォーカスして「抱負や展望」を述べたいと思います。

本医学会が中心となって進歩を遂げてきた本邦のリハビリテーション医学・医療ですが、未だ地方においては都市部との格差という点で質・量ともに十分なリハビリテーション医療を提供できていないという現実があります。その原因は複合的で、そもそも住民の高齢化率が高くリハビリテーション医療の需要が高い反面、それを担うリハビリテーション科専門医は必要数に遥か及ばず絶対的に不足しており、リハビリテーション医療に特化した医療機関の存在は極めて希少です。その希少な医療機関に患者が集中し診療キャパシティーを優に超えるため、提供できる医療の質・量はともに低下が避けられません。そもそも貧弱な公共交通機関サービスは規模縮小によりますます利用困難となり、障害を抱え自動車運転免許を返納した高齢者

は受診すること自体もままなりません。これらは全国の多くの地方が長らく抱えている共通の課題です。このような現実を打破し、地方においても都市部と同等のリハビリテーション医療が受けられるよう、必要な医療体制の均てん化を進め全体的な医療レベルの底上げを図っていきたくと考えています。その実現のための地方大学の役割として、医学教育の充実によるリハビリテーション医学・医療の魅力発信、研究会・研修会・セミナー等の開催による研修医への研修機会提供、専門研修プログラムの充実による専攻医の獲得、都市部専門研修プログラムとの連携による専攻医の交流、先進リハビリテーション医療の臨床導入、多職種連携によるリハビリテーション医療の提供機会の拡大、地元医療機関との協体制の確保、地方行政機関への改善に向けた働き掛けなどに積極的に取り組み、急性期・回復期・生活期のリハビリテーション医療のシームレスな提供を目指していきます。

社会の変革が急速に進み多様な価値観が尊重されるようになった今日において、各個人が自分らしく人生を送るために、「活動」を育むリハビリテーション医学・医療の必要性は日々高まるばかりです。その重要度において都市部や地方といった区別はありません。黎明期から発展期を経て“還暦”を迎え円熟期に入る本医学会において、地方会の活性化により地域におけるリハビリテーション医学・医療の水準を向上させ、全体的なレベルアップを果たすことは達成すべき必須項目です。来る本医学会70周年記念誌では、胸を張ってその報告ができることを願っています。



東北医科薬科大学医学部および リハビリテーション学教室の誕生と展望

伊藤 修

東北医科薬科大学医学部リハビリテーション学・東北医科薬科大学病院リハビリテーション科教授

東北医科薬科大学医学部は国内で37年ぶりに誕生した新設医学部です。東北薬科大学は1939年に創立され、東北地方では薬学教育の最も長い歴史をもっていました。2011年に起きた東日本大震災からの復興や東北地方の医師不足対策として医学部新設の気運が高まり、2016年に東北医科薬科大学が誕生しました。このような経緯から、「東北地方の地域医療を担う医師を育成」を使命に医学教育に取り組んでおり、2022年から輩出している卒業生の7割前後が東北地方の病院で初期研修を行っています。

私が初代教授を務めているリハビリテーション学教室は誕生したばかりの新しい教室ですが、大学病院の前身である旧東北厚生年金病院リハビリテーション科では、1982年から回復期リハビリテーション病棟や広大な敷地の訓練室でリハビリテーション診療を提供してきました。しかし、医学部新設に伴い21科から34科に増えた診療科への病床再配分や、手術室・ICU・カテテル室もある新病棟の建設のため、回復期リハビリテーション病棟や訓練室は全て閉鎖され、多領域の疾患に対する急性期リハビリテーション診療にシフトしました。2019年に別院である若林病院に回復期リハビリテーション病棟を新設し、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟を有する東北地方唯一の医学部となっています。両院は循環器・呼吸器疾患などの内部障害に対するリハビリテーション診療を積極的に行ってきた施設でもあり、私も含め、内科、外科、循環器、腎臓などの専門医資格も有するリハビリテーション科医が所属しています。院内外の脳神経内科、脳神経外科、整形外科、循環器内科、心臓血管外科、呼吸器内科、呼吸器外科、腎臓内科、救急科とも連携し、リハビリテーション診療を提供しています。

リハビリテーション学教室では、超高齢社会に対応できるリサーチマインドを持ったリハビリテーション科医の養成に主眼を置き、研究を行っています。臨床研究では、脳血管疾患、運動器疾患、循環器疾患、呼吸器疾患、がんのリハビリテーション診療や摂食嚥下リハビリテーション診療に取り組んでいます。基礎研究では、疾患の病態生理の解

明からリハビリテーション医学の応用をめざしており、特に、循環器疾患、呼吸器疾患、腎疾患、肝疾患に対する研究を発展させています。

東北地方は、医師数だけでなく、本医学会正会員は約700名(全国比5.9%)、専門医は152名(5.4%)、過去5年の専攻医は14名(2.7%)と、人口の全国比6.8%と比べてもリハビリテーション診療に関与する医師数も決して多くありません。東北地方の中では宮城県の専門医は最も多く、現在50名を越えているものの、その多くが東北大学と東北医科薬科大学、宮城厚生協会、仙台市内の一部病院に偏在しています。宮城県内ほとんどの初期研修病院や回復期リハビリテーション病棟を有する公立病院ではリハビリテーション科専門医や指導医が不在となっています。

本学では、医学部定員100名中55名が卒業後に何らかの形で東北6県に勤務することを要件とした修学資金枠であり、該当する卒業生は内科・外科・総合診療科・救急科・産婦人科・小児科等を専攻するように囑望されています。したがって、当科としても、リハビリテーション科医のみならず総合診療医として地域医療で活躍できる医師の養成を目指しています。医学教育では、リハビリテーション診療の対象が多領域に渡り、高齢者の多い地域医療では必要不可欠な医療であることを周知することを心がけています。全身状態や重複障害を把握した管理は、訓練時のリスク管理のみならず、総合診療の上でも有用です。さまざまな制限がある中でも、リハビリテーション科医やリハビリテーション診療に積極的に関与できる医師を養成し、東北地方の地域医療、リハビリテーション医学、教室の発展に貢献していきたいと考えています。



今後の抱負や展望

西村 行秀 岩手医科大学リハビリテーション医学講座教授

この度は、日本リハビリテーション医学会創立60周年、誠におめでとうございます。心よりお祝い申し上げます。

日本リハビリテーション医学会はリハビリテーション医学・医療を推進させ、発展させることが重要です。そのためにも今一度原点に戻り正しく遂行することが必要であると考えます。われわれは日本リハビリテーション医学会の多くの先輩方から教育を受けてきました。このことが現在の医学・医療の発展につながってきたことは間違いありません。しかし、長い年月が経つにつれ少しずつ色々なことが変わってきてしまっていることも現実です。そこで、改めて当たり前の原則とルールについて考えたいと思います。

Rehabilitationとは英語ですが、これはラテン語の「re=再び」と「habilis=適した」からできあがってきたことばです。「-ation = ○○する」という動詞ですので、rehabilitationは「再び適した状態にする」という意味になります。

次に医学についてです。リハビリテーション医学は当然医学の中のひとつであり、医学は科学の中のひとつです。科学のルールは客観的、普遍的であり、そこに論理的な説明ができることです。

治療のルールは早期診断・早期治療、治療の効果は量に依存する、そして治療には副作用や危険性があることです。

ルールは何人たりとも少しも破ることはできないし、破ってはならないことです。たとえ複数のルールがあっても、ひとつでもルールは破ってはならないのです。ルールを破ると、その集団でのすべてが成り立ちません。

理論は正しい理論を証明できれば変化しますが、正しい理論が証明されなければ既存の理論に従う必要があります。

このことは誰でも当たり前だとお叱りを受けそうです。

これを現在、皆様の周りで罷り通っているリハビリテーション医学・医療、リハビリテーション治療に当てはめ直してみると…

リハビリテーション治療は「自分で考えればいい」、「患者と相談して寄り添えばいい」、「患者の状態が落ち着いてから行うべきである」、「少しずつ進めればいい」、「副作用はダメ」、「危険性のある治療はダメ」などまことしやかに言われ、行われています。また、「全人的に」、「復権」などという人もいます。リハビリテーション医学・医療や治療において科学ではない社会学的なことや宗教学的なことを論じても何にもなりません。リハビリテーション医学・医療、治療だけは他の医学・医療、治療とは違うなど言われても理解不能です。

治療とはヒトの身体のどこかを良くすることが必須です。すなわち、ヒトの身体に侵襲を加えることが治療です。治療以外で人に侵襲を加えたら犯罪です。治療と犯罪の違いは、目的が違うことと、それを行うための国家資格があること、また適切な使用条件がすべて満たされていることが必須です。これら条件をひとつでも満たさなければ犯罪になります。ヒトに侵襲を加えても適切な条件を満たせば犯罪にならない職種は医師と療法士、他ほんの少しの職種のみです。

以上を踏まえ、今一度、科学や治療の原点に戻り、日本リハビリテーション医学会が設立された際に、医療者となった際に志し、思い描いていた正しく素晴らしい医療を実践できるようにしたいと考えます。このためには上司も部下など立場は関係ありません。肩書ではなく役割で仕事をする必要があります。また、良い医療を提供するためには正しい知識、技術に基づいた現場力（臨床力）が重要です。

岩手医科大学に赴任してから、ずっと上記のことを言い続けて実践してきました。そうしたら、最近、トヨタ自動車のCMで豊田章男会長が全く同じことを言っていました。と、いうことは？…私の独断ではないということを確認しました。まだ10年以上任期がありますので、これからもますます日本リハビリテーション医学会が発展するために努力したいと思います。



リハビリテーション医学教室を主宰する私の夢

角田 亘 国際医療福祉大学医学部リハビリテーション医学教室教授

国際医療福祉大学医学部は“本邦で最も新しい医学部”として千葉県成田市に2017年4月に開学、同時に私は同大学医学部リハビリテーション医学教室の初代教授の座に就いた。その6年後、日本リハビリテーション医学会が創立60周年を迎えた2023年に、本学医学部1期生がようやく卒業を迎え、彼らは国家試験合格後に医師としてのスタートを切った。そして、2025年の4月になれば、ついに本学医学部1期生のうち数人が、2年間の初期研修を終えて本学リハビリテーション科後期研修プログラムに進んで来てくれるはずである。つまりは、本学リハビリテーション医学教室に入局してくれるはずなのだ。私にとっては、待ちに待った8年間である。

新興のリハビリテーション医学教室を主宰する私は、「世界で最も質の高い」リハビリテーション医学教室」を創り上げることを本気で目指す。たとえ教室員の絶対数が少なくても、教室員個々の質が極めて高く、結果として教室全体の質が比類なきものとなるように、これからの私は全精力を注いでいくつもりだ。新興の教室が“歴史も由緒もある名門教室”に追いつき追いつき越していくためには、浮世の流れに迎合している暇はない。昨今に流行り出した「働き方改革」とか「ワーク・ライフ・バランス」などという「医師・医学者としての無限の可能性を抑えてしまう戯言」に惑わされている余裕は、私たちには全くないのである。どんな批判を浴びようとも私は、自らの教室員には、おのれの限界まで医療・医学の道を探求させようと思う。いつまで流行るかも分からぬ戯言をあざ笑うくらいの強い精神力で、自らが選んだ医の道を迷うことなく究めてほしいものと願う。たとえば、リハビリテーション科医として自らの担当患者にはとことんまで付き合う、リハビリテーション医学者として寝る間を惜しんで研究活動に時間を注ぐ、そんな仁（思いやりの心）と志（強い信念）をしっかりと兼ね備えた教室員を育てたい。良きリハビリテーション科医になるのみならず、優れたリハビリテーション医学者にもなれるように、夢多き教室員を私は育てていきたい。

さらに願わくば私は、自らの教室員には、いつの日か必

ずやりリハビリテーション科医・リハビリテーション医学者として海を渡り、世界へと羽ばたいてほしいものと夢見る。幸い、本学医学部の英語教育は本邦屈指のものであり、いつの間にやら国際感覚を身につけている本学医学部卒業生が抱く“世界を志向する気持ち”は、例外なく強い。ぜひとも彼らに、リハビリテーション医療・医学の道で、私の座右の銘である「志のある者、海を渡る」を体現してほしいものである。

なお、私事としては、実に分不相応ではあるものの2027年秋に開催される第11回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会（パシフィコ横浜）の会長を拝命することが決まっている。言うまでもなく、身が引き締まる。2027年は、本学医学部が開学してからちょうど10年の節目の年である。よって私としては、この学術集会までに是が非でも本学リハビリテーション医学教室の礎を整えておきたい。そして、この学術集会を機として日本のリハビリテーション医療・医学が“新しい時代”に進んでいけるように、魅力にあふれた様々な企画を練ってみたいと考えている。この学術集会で私が会長として、まさに、皆様を“リハビリテーション医学の新時代（the new era of rehabilitation medicine）”へお招きしたい。



今後の抱負・展望

馬庭 壯吉 島根大学リハビリテーション医学講座教授

2017年9月にリハビリテーション医学講座が設置され、同年に3名の入局がありました。その後2023年までに6名の入局者があり、2020年からは県内基幹病院に少しずつ常勤医を派遣できるようになりました。一方、県内の専門医数は2023年の段階で23人ととどまっています。2023年の鳥根県勤務医師実態調査によれば、リハビリテーション科医の必要数は33.4人(前年より2.1人増加)に対して、現員数(常勤換算後)27.2人(前年より3.5人増加)となっており、依然として6.2人が不足しています(充足率81.4%、前年より5.7%増加)。また2023年の勤務医師数は31人で、うち65歳以上が6人(19.5%)であり、5-10年後の状況を見据えてさらなるリハビリテーション科医の養成が必要です。

本学出身者で県外の研修プログラムに席を置かれている若い先生方に学会で会う機会が増えています。学生時代にリハビリテーション医学の魅力や重要性を伝えること(最低限の仕事)はできたかもしれませんが、母校に残ってもらえるような強いインパクト(最先端の臨床や研究)が欠如していたことを反省しつつ、心に残る学生教育を目指し模索しています。6年生の臨床実習では30人前後が当科を選択し、4週間同一患者さんを担当しますので急性期の概要は理解してもらえるものと思います。回復期と生活期の学修には、新型コロナウイルス感染症の5類移行後、回復期病院見学及び訪問リハビリテーション帯同の再開で対応していますが、さらなる改善(量と質)が必要です。国際認証によるカリキュラム変更によって、5年生の実習は整形外科とのペアで2週間となりました。手術日は整形外科の見学、非手術日は当科が担当し、総論やリスク管理の講義に加えてハンズオンセミナー的要素をもった嚥下機能評価、身体計測などの講義を行い、担当する整形外科患者さんの診察・カルテ記載の一助となるよう工夫しています。学生・研修医の教育を行う上で、リハビリテーション科独自の病床を持つ意義は大きいと、院内で調整していく必要があります。

療法士を段階的に増員してきましたが(2023年度PT25名、OT8名、ST3名)、さらなる療法士確保と大学病院の地

域貢献を目的として療法士レジデントプログラム制度を開始しました。2023年度はOT1名を採用し、2024年度からは定員枠の3名まで拡大して参ります。すでに土曜日のリハビリテーション診療は開始していますが、今後の365日体制に備えて準備を進めています。

本院の特徴として、療法士の仕事・職場に対する満足度が非常に高いことが挙げられます(80%以上)。毎年行われる職員満足度調査では、当科医師のそれをはるかに凌駕しています。江草典政療法士長が取り組んでいるコーチング技術を組織運営に導入したことが結実しているのではないかと思います。2023年9月には、つくば市・組織開発推進室の方の視察を受けています。対話型組織作りを院内へ波及させていくお手伝いができれば幸いです。

酒井康生講師を中心として2016年に院内からスタートした骨粗鬆症リエゾンは、2020年には出雲圏域骨粗鬆症骨折予防協議会コソコソネット(会員施設24)へと発展し、骨粗鬆症治療薬の本院での処方率は2016年40.6%から2022年97.1%に向上しました。また酒井講師が2012年に設立した出雲リハケアネットは、2015年に出雲市在宅医療・介護連携推進事業として発展し、2021年に策定された出雲市入退院連携ガイドラインにおいて「FIMによるADL評価」が定着しました。これらの活動を鳥根県全域に拡大していかなければなりません。

患者さんの背景から理解し、本人や家族から信頼されるリハビリテーション科医を養成できる大学にしていきたいと考えています。



リハビリテーション医学・医療の近未来に向けた 抱負と展望

長谷 公隆 関西医科大学リハビリテーション医学講座教授

日本リハビリテーション医学会が創立60周年を迎えられたことに心からお祝いを申し上げます。昨今の医学・医療の目覚ましい発展とともに、リハビリテーション医療が扱うべき病態は大きく広がり、深化してまいりました。日本そして世界のリハビリテーション医学を牽引する学術団体として、実践的・創造的能力を互いに高めあい、その力を結集していくことで、本医学会がさらに成長・進化していくことを確信しております。

私がリハビリテーション医療を専門とするようになって38年余りとなりますが、図らずも大学病院に30年以上勤務することとなり、リハビリテーション医学の卒前・卒後教育に継続的に携わってきました。専門医制度におけるリハビリテーション科専門医の制度化に認定委員会委員長として関わり、また、医師国家試験ならびに理学療法士・作業療法士国家試験委員を務めさせていただいたことは、その後の教育活動における財産となりました。リハビリテーション科医師数はいまだ充足してはならず、志を共にする医師を一人でも増やすために、リハビリテーション医学・医療の魅力を伝えていく取り組みを、医学会として引き続き強化していく必要があります。社会貢献をもたらす‘実学 (pragmatism)’としてのリハビリテーション医療の発展性とその役割を示し、リハビリテーション医学・医療の未来を開拓していくことが本医学会に託されている使命です。

リハビリテーション医学教育を通じた地域医療を担う人材の教育・育成には、ヘルスケアを含めた各種の病態に特化したリハビリテーション診療を経験できる場が必要であり、その医療圏に特化した形で多面的かつ継続的に推し進められる必要があります。関西医科大学には12年前に診療教授として着任しましたが、リハビリテーション医学講座が設置されるに至り、大学附属の回復期病院開院、大学附属病院でのデイケアセンター・居宅支援事業所開設、理学療法学科・作業療法学科で構成されるリハビリテーション学部開学に携わることができました。特に本学では介護福祉部門を設けて、大阪北東部の地域医療を担う人材の教

育・育成を推進するとともに、介護保険診療においても先進的なリハビリテーション治療を提供することを目指しています。リハビリテーション医学・医療が扱う病態が拡大するなかで、大学病院におけるリハビリテーション科には、他診療科からの要望や他分野の発想にできる限り共鳴し、ビジョン達成に必要な診療・研究・教育の問題にチームで取り組んでいくことが求められています。リハビリテーション医学講座となってまだ日が浅く、教育の幅を広げる講師陣の不足が当講座の目下の大きな課題ですが、リハビリテーション学部の教員とともに、学生教育のみならず、大学附属4病院と一体となって臨床・研究に取り組んでいきたいと思っております。

本医学会には、リハビリテーション医療を必要とする各疾患の各病期における治療効果を最大化するためのノウハウを学ぶ場としての役割があり、また、その効果を社会に発信していく責務があります。リハビリテーション医療が扱う障害の臨床像は多様であり、治療手技ごとに、いわゆる‘responders’と‘non-responders’とを同定することが重要な手続きとなります。近年の機械学習に基づいた特徴量抽出とクラス分類・クラスタリングは、人の活動における問題を可視化し、個別リハビリテーション医療 (personalized rehabilitation medicine) の具現化に大きく寄与する可能性があります。介護保険診療や地域ヘルスケアにおいても、個々の病態とニーズに応じた治療指針を示し、患者を含めた医療チームで治療ゴールを共有し、最適なリハビリテーション治療を提供するシステムを開発していくことが医科大学における講座の使命であると考えています。

本医学会が提供する学術的基盤をもとにその専門性が追究され、幅広い領域で活躍できる多くの人材が羽ばたいていくことを期待して、お祝いの言葉とさせていただきます。



日本リハビリテーション医学会創立60周年を お祝いして

羽田 康司 筑波大学医学医療系リハビリテーション医学教授

日本リハビリテーション医学会創立60周年を心からお祝いいたします。

私がリハビリテーション医学会に入会したのは大学を卒業した1991年ですが、そもそもリハビリテーション科に進もうと思ったのは、けっして真面目ではなかった大学4年生の私が筑波山をバイクで走り回っていたために大田仁史先生の貴重な授業を聞き逃したことがきっかけでした。その授業を受けて感銘を受けた友人の強い勧めで、大学6年生になったばかりの1990年4月に大田先生が当時勤務されていた伊豆通信病院(現 NTT 東日本伊豆病院)で2週間実習させていただきました。当初は整形外科志望でしたが、この2週間の実習中、大田先生の後にくっついて回り、リハビリテーション医療とは何なのか、真のリハビリテーション科医がどれだけ必要とされ医療に貢献できるのかを目の当たりにしたのをきっかけに進路志望をリハビリテーション科に変更し、そのころ伊豆通信に派遣されていた医師が所属していた帝京大学リハビリテーション科に進むことになりました。それから24年間、帝京大学本院と附属溝口病院でお世話になったのちに2015年1月から母校である筑波大学のリハビリテーション科で仕事をしています。

帝京大学時代には、三上真弘教授と栢森良二教授に特にお世話になりました。三上教授からは切断患者の診療と義肢装具学を、栢森教授からは顔面麻痺を中心とする臨床神経生理学を直に教わることができ、本当に貴重な経験ができたと思います。

2002年には三上教授を学術集会長として第39回日本リハビリテーション医学会学術集会を東京国際フォーラムで開催させていただきました。それまで関東地方会の学会幹事などは何度か経験させていただいておりましたが、開催2年前の準備開始から学会当日の怒涛の3日間まで中心的な役割を担われた丸野紀子先生のサポートをさせていただき、いろいろと大変ではありましたが非常に貴重な経験をさせていただきました。

2015年に筑波大に戻った時と同時にリハビリテーショ

ン科が独立しましたが、医師枠は医員2名+研修医1名と3枠しかありませんでした。その後2019年4月に教授に昇任させていただき、現在は大学枠2名、病院枠4名(うち1名は循環器枠)、研修医4枠と医師メンバーも徐々に増えています。2021年にはリハビリテーション科が中心となり耳鼻咽喉科・口腔外科・栄養科・看護部と連携して摂食嚥下サポートセンターを設置しています。大学病院としての急性期リハビリテーション医療はもとより、当大学のシステム情報工学系との盛んな共同研究を礎にした医工連携も極めて活発に行なっています。また、パラスポーツに関する医学サポートも多くの医局メンバーとともに行なっています。

急性期リハビリテーション医療と医工連携とパラスポーツ・サポート、この3つを活動の柱として、一人でも多くの優秀なリハビリテーション科専門医を育成し、リハビリテーション医学のますますの発展に寄与していきたいと思っています。



日本リハビリテーション医学会創立60周年を 記念して

佐々木信幸

聖マリアンナ医科大学リハビリテーション医学講座主任教授

日本リハビリテーション医学会が創立60周年を迎える
と聞いてまず感じたことは、ついこの前50周年を祝った
ばかりではなかったかという思いである。それほどこの10
年は私にとって短く、おそらく次の10年は更に短く感じ
るのであろう。

我々が怪我や病気で病院を訪れる理由は実にシンプル
であり、苦痛や不能によるQOL低下や生命に関わるリス
クを避けるためである。つまり医療に求められているのは
“活動”と“生命”の維持である。昨今の医学の進歩はよ
り多くの生命を救うようになったが、活動も同様に救えて
いるであろうか。少子高齢化、生産人口割合低下といった
諸問題を抱える現代において、“活動を育むリハビリテー
ション医学”の重要性はますます高まっている。

過去には残存機能の最大利用や機能代償が主であった
リハビリテーション治療は、近年その姿を大きく変えつつ
ある。もともと脳機能に興味があり医学の道に進んだ私に
とって、脳の可塑性に作用するニューロリハビリテーショ
ン、特に反復性経頭蓋磁気刺激 (rTMS) の発展に微力なが
ら尽力できたことは光栄である。2020年に聖マリアンナ医
科大学に移ってからは、神経難病など希少疾患、新型コロ
ナウイルス感染後遺症のブレインフォグに対する適用など
rTMSの新たな可能性について研究を続けている。世間の
認知度はまだ極めて低いが、次の10年に向けて、より多く
の患者がアクセスできるように努力していきたい。

ところで患者へのアクセスという点においては、そもそ
も標準的なリハビリテーション治療ですら周知が不十分で
あると感じている。どのような症状にどのようなリハビリ
テーション治療があり、その機序はどのようなものかとい
う情報を、多くの患者は正しく知らない。ではホームペ
ージや広告を見直すべきか？原因はもっと罪深く、まず周知
徹底すべきは医師含めた我々リハビリテーション関連専門
職自身であろう。

かかりつけの代謝内科医が、痙性片麻痺患者の訪問での
歩行訓練を介護保険事業所などに依頼する場面を想像し
てみる。代謝内科医が、痙縮治療について十分な専門知識

を有していないのは当然で、ボツリヌス療法を知らないか
もしれない。しかし、訪問リハビリテーションを行う療法
士が指示医に、痙縮治療としてのボツリヌス療法実施の可
否を相談することもあり得る。指示医は必ずしもリハビリ
テーション医療の専門家 (リハビリテーション科医) とは
限らないが、療法士から相談があれば治療法の適応を調
べ、必要に応じて然るべきところに依頼や紹介することが
できる。これが、あるべき医療連携の姿である。しかし、療
法士がボツリヌス療法のことを知らなければ、患者は適切
な治療の必要性に気づかれぬまま、有効な機能訓練を受け
る機会を失い、痙縮に伴う障害に苦しみ続けることになる。
これは代謝内科医がGLP-1受容体作動薬の存在すら知ら
ずに糖尿病患者を治療し続けるような大問題である。同
様の事象はリハビリテーション科医、セラピスト、介護士
などリハビリテーション医療に携わる様々な職種・場面で
起きている。

リハビリテーション医学が扱う分野は非常に幅広く、得
手不得手の偏りは当然である。しかし少なくとも標準治療
については、我々全員が正しく知識を共有し、調べる際に
適切な情報にアクセスできることが望ましい。内科治療
ではどの病院で処方されても同一薬の効果は同一なのに、
我々のリハビリテーション治療は施設間で治療方針も個々
の治療方法も大きく異なる。その結果として治療効果がば
らつくならば、リハビリテーション医療全体に対する期待
度も低下してしまう。専門医はまだまだ少ないが、関連職
種全てを含めれば我々は巨大な専門家集団である。全員が
同じ方向性のもと適切な治療をしてこそ、リハビリテー
ション治療の有効性が患者にも統計的にも正当に評価さ
れ、より「治療」として認識されるのではないだろうか。

活動の維持と生命の維持、その両輪が機能して初めて医
療は前進する。その片輪である“活動”を育むリハビリテー
ション医学として恥じない評価を得られるよう、10年後の
70周年に向けて邁進したい。それが我々自身のアイデン
ティティをさらに高めるであろう。



日本リハビリテーション医学会創立60周年を お祝いして ~この10年とこれから~

緒方 直史 帝京大学医学部リハビリテーション医学講座主任教授

このたびは日本リハビリテーション医学会創立60周年おめでとうございます。60年という伝統のある医学会の記念誌に寄稿させていただけること、誠に光栄に存じます。

私が帝京大学リハビリテーション科に移ったのは2014年7月ですが、当時はまだリハビリテーション医学講座はなく、講座内講座という大学院生は取ってもいいが講座ではないという、よく分からない立ち位置のもと赴任いたしました。当時全国で講座を持っている大学は30にも満たない状況でしたが、大学と掛け合って2020年4月よりリハビリテーション医学講座として認めていただき、現在に至っております。講座になったからといって特に何も変わりませんでしたでしたが、講座制を増やすという本医学会の本懐に少しでも貢献できたかと思っています(ようやく45近くの大学で講座が認められています)。当院ではリハビリテーション部が昭和47年に設立され、昭和57年にはリハビリテーション科が開設されて独立した診療業務を行うようになり、比較的古い部類の大学だと思えます。現在8名の医師(2名は専攻医)、28名の理学療法士、7名の作業療法士、3名の言語聴覚士で、急性期リハビリテーション医療に対応すべく日々奮闘しているところです。

リハビリテーション医学は、この10年でその重要性・必要性が以前より増しているのは間違いありません。脳血管疾患や運動器疾患のみならず、呼吸器、循環器、がんと幅広い分野でリハビリテーション医療が行われるようになり、患者さんが抱える障害の克服や、失った機能の回復のみならず、患者さんの活動を育む医療であるリハビリテーション医療が、これからの超高齢社会の日本を支えていくのは間違いありません。病気を治すというマイナスをゼロに戻すのが一般的な医師の役割となっていますが、リハビリテーション医療では、さらにそこからプラスに転じるように患者さんの可能性を引き出す役割を担っています。そのような意味でも、リハビリテーション医学の可能性がさらに広がっていると思えます。

そのような中、この10年で飛躍的にリハビリテーション科専門医も増えています。新専門医制度が始まった頃は

100名にも満たなかった専攻医数も、今年は150名を超えてきています。当院でも人材は命という命題のもと、リハビリテーション医学に興味を持ってくれる専攻医の数を増やすべく日々リクルートに励んでいます。これが私のできる一番の医学会への貢献と思っています。最近の医学生もリハビリテーション医学の魅力を敏感に感じとってくれており、10年前とは景色が変わってきている印象です。この流れに何とか乗って、これからもリハビリテーション科医を増やしていきたいと思っています。

臨床のみならず基礎研究の分野でもまだまだ魅力的な題材は多く、伸びしろが大きく、基礎・臨床研究が発展していく可能性の一番高い診療科ではないかと思っています。リハビリテーション医学関連の基礎研究はまだまだやるべきことは多いですし、臨床研究も大規模なコホートなど、やることは非常に多いと思います。超急性期リハビリテーション治療もまだこれから伸びていく分野であり、アクティブな高度救命救急センターをもつ当院としても、超急性期リハビリテーション治療は推進していきたいと思っています。また、早期に運動器障害の進行を予防し、転倒予防や骨折予防につながる予防医学の観点からも、リハビリテーション医療の効果が明らかとなっています。特に、がん患者での運動器障害はこれまであまり着目されてきていませんでしたが、がん患者の運動機能低下を予防していく、あるいは改善していくことも重要と考えており、「がんロコモ」についても多くのエビデンスを構築し、積極的に発信していきたいと思っています。

これからも伝統と歴史のあるリハビリテーション医学会の発展に少しでも貢献できるよう、医局員一同邁進して参りたいと思っておりますので、どうぞ御指導、御鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。



今後の抱負と展望

百崎 良 三重大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野教授

我々はこれまで、リハビリテーション科専門医の存在が、医療の質を向上させる切り札となりうることを報告してきました。特に、専門医を安定供給できる大学のリハビリテーション医学講座の存在は、各地域における急性期・回復期・生活期の医療の質を高めることに貢献できると考えております。リハビリテーション治療のアウトカムを向上させることのできるリハビリテーション科専門医を一人でも多く育成できたらと考えておりますし、Evidence-Based Medicineを実践できるリハビリテーション科医を育てられたらと考えております。

研究についてですが、リハビリテーション医療は診療報酬制度の影響が大きい医療であるため、リハビリテーション医療のより良い医療政策立案に貢献できるようなエビデンスの発信を続けていきたいと考えております。三重大学には修士課程もあり、療法士も大学院に入学してくれています。リハビリテーション医学は臨床も研究もチームアプローチが重要ですので、これまで医師に限らず、療法士や看護師、管理栄養士、歯科衛生士等に対する研究指導を行ってきました。卒業後も臨床研究を続けられるような若手リハビリテーション関連職の育成に尽力したいと考えております。

医学会活動としては最近まで、国際誌編集委員会の委員長として医学会の国際誌である Progress in Rehabilitation Medicineの進展に注力してきました。本雑誌の価値が向上することは、医学会員の研究力向上、医学会の国内外からの認知度向上、我々が学術的に確固とした基盤を有していることの証明、ひいてはリハビリテーション科志望者の増加やリハビリテーション医学講座の増加にも波及する可能性を秘めていると考えております。昨年からは会員の皆様の研究能力向上目的に、医学会の公式研修会として臨床研究デザイン学習会を開催させて頂いています。今後、この研修会参加者から研究成果が発信されるのを期待しています。

臨床面についてですが、入院関連能力障害に対する包括的予防戦略を含め、要介護状態の重症化予防戦略に関する

取り組みを続けていきたいと考えております。全国的にはリハビリテーション医療実施施設へのアクセスなどの問題で、十分なリハビリテーション医療を受けられない患者さんがいらっしゃいます。そのような患者さんにデジタル技術を活用した遠隔リハビリテーション診療などを始められないか検討をしております。さらにはバーチャルリアリティーやメタバースなどを活用した、公益性の高いデジタルヘルスケアの実装なども行っていきたいと考えております。

リハビリテーション医療の重要性を多くの国民に知っていただくためには、アウトリーチ活動も重要だと考えております。論文執筆や学会発表だけでは、一般の方々にその内容を理解して頂くことがなかなか困難です。ここでもデジタル技術が活用できるのではないかと考えております。従来の市民公開講座や広報誌での情報発信だけでなく、SNS広報やVTuberを活用した情報発信、メタバースを活用したセミナーなどのデジタルアウトリーチ活動も有効ではないかと考えており、取り組んでいきたいと考えております。

専門医育成や医学会員の研究力向上、リハビリテーション医療に関するデジタルアウトリーチ活動を通して、引き続き医学会に貢献できたらと考えていますので、今後ともご指導のほど、どうぞよろしくお願いいたします。



今後の抱負や展望

若林 秀隆 東京女子医科大学リハビリテーション科学講座教授

日本リハビリテーション医学会の定款第3条に目的として、「この法人は、リハビリテーションに関する医学の発展と知識の普及、学術文化の向上に関する事業を行い、もって医療及び社会福祉の充実に寄与することを目的とする。」とあります。定款第4条の事業には目的を達成するために、「学術集会、講演会、研修会等の開催や、リハビリテーション医学に関する教育・研究などの事業を行う。」とあります。

10年前と比較して、学術集会やリハビリテーション医学に関する教育が発展したことは間違いのないと思います。6月に4日間の学術集会、秋に3日間の学術集会と年2回も学術集会を開催している学会は、他にあまり聞いたことがありません。その他に、日本急性期リハビリテーション医学会、日本生活期リハビリテーション医学会が設立されました。日本リハビリテーション医学教育推進機構と共同して数多くの教科書やテキストが作成されました。10年前と比較して、日本リハビリテーション医学会の活動がかなり増したと感じます。

一方、リハビリテーション医学に関する研究は、10年前と比較すれば進歩していますが、他の学術領域や他国と比較すると進歩が遅いと感じます。英語雑誌 *Progress in Rehabilitation Medicine* が創刊され、PubMedに収載されたことは進歩です。年ごとの掲載数は2016年以降、11本、18本、22本、21本、31本、54本、64本と増加しています。PubMedに収載されたことで投稿論文数、掲載論文数がより増加したと思われます。しかし、Impact Factorをまだ取得していません。私が編集委員をしている日本プライマリ・ケア連合学会の英語雑誌 *Journal of General and Family Medicine* は、Impact Factor1.6を取得しています。サルコペニアと悪液質の国際学会である *Society on Cachexia, Sarcopenia, and Wasting Disorders* が発刊して、私が Associate Editor をしている *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* の Impact Factor は8.9です。韓国リハビリテーション医学会が発刊している *Annals of Rehabilitation Medicine* は、Impact Factor1.3を取得しています。このように日本リハビリテーション医学会の研究事業は、他と比

べると遅れていると感じます。

2023年8月12日(土)、13日(日)にオンラインで臨床研究デザイン学習会が開催されました。主催が三重大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野、共催が日本リハビリテーション医学会という形でしたが、画期的な研修会でした。日本リハビリテーション医学会が臨床研究に関する体系的な研修会を共催でも行ったのは、これが初めてだと思います。学術集会をどんなに開催しても、研究の質は全く改善しません。研究の質が改善するためには、研究方法の研修会や研究のメンターの存在が大切です。そして、どんなに学会発表しても論文執筆しなければ、リハビリテーション医学の発展は全く得られません。今後、日本リハビリテーション医学会で臨床研究に関する研修会が数多く開催され、学会発表よりも論文執筆を重視する文化が根付いて、多くの医学会員が英語論文を執筆するようになることで、リハビリテーション医学がより発展することを期待しています。



リハビリテーション医学のさらなる発展と普及を目指して

尾川 貴洋 愛知医科大学医学部リハビリテーション医学講座教授

日本リハビリテーション医学会が60周年を迎えたことを心よりお祝い申し上げます。リハビリテーションという概念が日本に導入されたのは1950年代であり、日本リハビリテーション医学会は1963年の設立以来60年間の歴史と発展を築いてこられました。長年にわたる変遷の中で、リハビリテーション医学・医療の考え方は疾患・病態・障害によって変化し、今や全身を対象とする必要性が生じています。医療技術や研究の進展は、リハビリテーション医学にも影響を与え、今後の発展が期待されていると思います。私が所属する愛知医科大学も2022年に医学部リハビリテーション医学講座が設立されました。近年、日本の大学医学部におけるリハビリテーション医学講座の設立が増加しています。これにより、医学教育の向上と臨床現場でのリハビリテーション診療の質の向上が期待されます。しかし、まだまだリハビリテーション医学講座を持たない大学も存在し、この点においてはさらなる発展の余地があると考えられます。今後は、多くの先生方とともにリハビリテーション医学を発展させ、診療・教育・研究を深めていくことが重要と考えています。

近年では、臓器別や疾患別の視点だけでなく横断的な視点からリハビリテーション医学・医療を考える必要性が高まっています。また、多職種によるチーム医療の重要性も再認識されてきており、全身を診る視点での医療が求められています。さらに、医療と介護の連携も強化が必要となり、患者の急性期や回復期だけでなく生活期にもリハビリテーション医療の考え方を提供することが重要視されています。患者中心のアプローチや地域医療全体の包括性が求められており、これらの理念がリハビリテーション医学・医療の基盤には必要と思っています。いいかえれば、全身を診る医療とチーム医療、さらに地域医療は連携を深めることが可能であり、すべてがリハビリテーション医学・医療をもとに連携する医療とも言えます。一方で、リハビリテーション医学の未来においても、さらなる展望と課題が存在します。現代の医療環境は急速に変化しており、それに伴ってリハビリテーション医学も新たなニーズや技術革

新に対応しなければなりません。例えば、超高齢社会における心身機能の低下や重症症例の治療、さらに重複障害といった問題に対するリハビリテーション医学・医療の役割がますます重要となっています。先進的な研究によって、より効果的なリハビリテーション診療を明確にしていくことが今後のリハビリテーション医学の発展すべき課題の一つと言えると思います。

リハビリテーション医学の普及と発展を促進するためには、教育と研究が重要と考えています。教育面では、リハビリテーション医学・医療の考え方をリハビリテーション科医をはじめとした医療従事者や学生に広く啓蒙し、専門家の育成を図る必要があります。また、研究面では、最新の医学知識や技術を取り入れつつ、リハビリテーション治療の効果に関する研究を進めることが求められます。実践と研究の連携を強化し、現場での問題解決や新たな知見の獲得に努めることも重要です。

リハビリテーション医学のさらなる発展と普及を目指して、今後も精力的に取り組んでいきたいと思っています。患者さんの健康と生活の質を向上させるために、医療従事者や関係者と協力し、常に最善の医療を提供していくことが重要であると考えます。日本リハビリテーション医学会のこれからの飛躍と発展を心から祈念し、その一端を担うことができることを誇りに思います。このような恵まれた環境の中で、皆様とともに60周年を迎えられたことに心から感謝し、日本リハビリテーション医学会のますますの飛躍と発展、関係する皆様のご活躍を祈念いたしまして、お祝いの言葉とさせていただきます。



希望の医学 祈りの医学

城戸 顕 奈良県立医科大学リハビリテーション医学講座教授

日本リハビリテーション医学会の設立60周年を心からお祝い申し上げます。

超高齢社会、そしてスマートフォンやSNSの広がりから“情報飽食”ともされる時代、ますます医療の質は高くあり続けることを求められ、リハビリテーション医学に求められる課題も過大になってくるのではないかと些かの危惧も感じています。大学病院の運営会議では年々、医業の中のサービス業としての側面によりはっきりとした重み付けを感じるディスカッションが増えてきました。単なる理想論でも虚無的な利己志向でもない、新しい時代の波風にも動じない(鍛えられた)臨床医としての強い矜持が求められていると思います。

“運動学習には希望がある”、これは私が毎年の系統講義(学生講義)でかならず奈良医大の4回生に教えている言葉です。この言葉とともにスライドに示すのは、私が整形外科時代に主治医・執刀医として受け持った7歳の上腕骨骨肉腫症例です。単純X線像では腫瘍は上腕骨頭を中心に旺盛な骨膜反応を伴う硬化像を呈し、T2強調MR水平断面画像では高輝度変化が腫瘍を中心に肩甲下筋に沿い肩甲骨前面に達し、さらに三角筋全周をも取り巻いています。原則的には上肢温存の適応はありません。私たちは腫瘍学の規範どおり肩甲帯離断を提案しましたが、これは患児およびご両親の強い反対を受けることになりました。そして患肢はたとえ残せても良好な機能手にはならない可能性、(切除縁の違いから)再発・転移リスクが高まる可能性を併せて説明したうえで、患肢温存を選択するに至りました。橈骨神経、筋皮神経、腋窩神経は合併切除、肩甲帯は広範囲切除され残存した上腕骨遠位1/2(と前腕、手)は鎖骨から人工靭帯で懸垂されているだけです。肩関節機能は全廃ですが、正中・尺骨神経は温存されています。前腕は回内位、手関節は屈曲の麻痺肢位をとっています。次に学生たちに見せるのは、術翌日に患児がベッド上でニンテンドーDSを使って遊んでいる動画です。これを代償運動による自動訓練ということが適切かどうか私にはわかりません。ただ彼は自ら欲するまま、不安定な残存肢を両大腿の突き上げ

と体幹を押し付けることで保持し、巧みにゲーム機本体を健肢で二軸ロールさせることで橈骨神経麻痺をも代償し、患側の十字ボタンとスライドパッドも巧みに使いこなしています。これは予測していた廃用手などでは全くありません。素晴らしい運動学習の始まりです。

最後に学生たちに見せるのはこの患児の10数年後の現在の様子です。遅く成人し就職した彼の肩関節機能は全廃のまま、人工靭帯で懸垂された前腕は変わらず麻痺肢位ですが、彼は体幹・健肢で補助をして麻痺手で器用にかばんから財布を取り出し、お札を数え、また財布を戻してチャックを閉じる様子を見せてくれます。彼はこの手で(おそらく信じられないほど沢山の努力を重ね)小中高の様々な課題も乗り越えたのだと思います。運動学習は希望そのものなのだという私に確信させる光景です。

この障害は腫瘍制御のために私が外科的に作った人為的なもので、少し特殊な例であるとは思いますが、また、再発・転移が起きなかったことも幸運で、広く一般的なりハビリテーション医学・医療に還元できる内容がさほど多いとは思いません。ただ、リハビリテーション医学が「活動を育む医学」であるからには、その本質は(彼が見せてくれたように)光に満ちた希望であって欲しいと思っています。

正直なところ私は、リハビリテーション医学・医療には希望と、そして祈りがあると感じています。良くなって欲しい、強く回復して欲しいという治療者、そして家族ら皆の祈りです。高木憲次先生の療育の理念(1942)「曇りのない魂と希望をもたせその天稟をのばさせなければならない」も(言葉は強面ですが)優しい祈りに満ちています。我々の小さな教室からも希望と祈りを纏った正しい臨床医が羽ばたいていけるよう、力を尽くしていきたいと思えます。



今後の抱負と展望

新見 昌央 日本大学医学部リハビリテーション医学分野教授

日本リハビリテーション医学会の創立60周年にあたり、心よりお祝いを申し上げます。

日本大学医学部リハビリテーション医学分野は2021年11月に開設されました。日本リハビリテーション医学会の60年の歴史と比べますと、まだ誕生して間もない講座です。

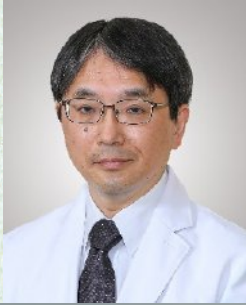
2022年4月1日には初代主任教授として私が着任し、講座の運営を行ってまいりました。着任後、まずは本学附属病院の臨床の質を向上させることに注力し、入院患者に対して早期よりリハビリテーション治療を開始することとしました。また、セラピストの人員数を増やし、リハビリテーション室の拡張改修工事を行いました。

教育については、医学生に対する講義を行うとともに、臨床実習や初期研修医のローテーションを積極的に受け入れてきました。2024年度より本学附属病院を基幹病院とするリハビリテーション科専門研修プログラムを開始し、2名の専攻医が同プログラムを研修します。また2024年度、6年次選択臨床実習では、12名の医学生が当講座を選択してくれており、10名の初期研修医がリハビリテーション科を選択してローテーションします。

研究については、これまで、重症患者に対する早期リハビリテーション治療や脳卒中患者に対する急性期リハビリテーション治療といったテーマに力を入れてきました。ICUに入室する重症患者では集中治療後症候群(Post Intensive Care Syndrome: PICS)が問題になります。PICSで生じる身体機能障害、認知機能障害、メンタルヘルスの障害により社会復帰が妨げられることが分かっています。早期リハビリテーション治療がPICS予防に期待されており、今後も重症患者に対する早期からのリハビリテーション治療を実践するとともに、その有効性を実証してまいります。脳卒中治療ガイドラインにも記載されているように、脳卒中患者に対する急性期リハビリテーション治療の重要性は認識されているものの、最適な方法は定まっていません。AVERT III (A very early rehabilitation trial III)の発表以降、脳卒中発症後24時間以内の超早期リハビリ

テーション治療については劣勢ではありますが、脳卒中患者に対する急性期リハビリテーション治療に関する新たなエビデンスを構築していきたいです。

今後、日本では少子高齢化が加速し、2025年問題も目前に迫っています。高齢者では疾患や病態が重症化しやすく、脳卒中を患いやすいため、PICSのリスクが高い患者や脳卒中患者がますます増えることが予想されます。日本リハビリテーション医学会はあらゆる疾患・外傷・病態を患う者を対象に、機能の回復や障害の克服、社会活動への復帰を目指しています。今後の日本においては、これまで以上に高齢者の社会活動参加が必要となってくることから、リハビリテーション科専門医や日本リハビリテーション医学会にかかる期待は大きく、19ある専門医基本領域の中でも最も重要な役割を担っていると言っても過言ではないでしょう。日本リハビリテーション医学会ひいては日本社会に貢献できるよう、本学リハビリテーション医学分野としても、臨床・研究・教育に尽力する所存です。



富山大学リハビリテーション科の目指すもの

服部 憲明 富山大学大学院総合医薬学研究科リハビリテーション医学教授

日本リハビリテーション医学会が設立60周年を迎えるにあたり、先達の諸先生方のご尽力やご偉業に敬意を表しますとともに、心よりお慶び申し上げます。

富山大学のリハビリテーション診療は、1979年の富山医科大学附属病院リハビリテーション部の開設に遡り、2005年の富山県内の3国立大学統合により富山大学附属病院リハビリテーション部となりました。2020年に学術研究部医学系リハビリテーション科および附属病院の診療科としてリハビリテーション科の診療が開始しました。そして、2022年に大学院にリハビリテーション医学講座が設置され、臨床、教育、研究体制が整いました。今回、寄稿の機会を与えていただきましたので、それぞれについての私たちの抱負を述べさせていただきます。

臨床に関しては、2022年12月に附属病院に新たなリハビリテーション室がオープンしました。以前の約2倍の広さとなり、ADLスペースや屋外エリアなどを設け、Welwalk WW-2000®などのリハビリテーション支援ロボット装置を導入しました。また、脳神経外科・脳神経内科病棟にサテライトリハビリテーション室を配置するなど、急性期からの積極的なリハビリテーション治療の実践を目指しています。教育については、医学生の実習、初期研修医・専攻医の研修を通じ、一般身体所見、筋・骨格系、神経系、認知機能の評価がきちんとでき、特に多疾患が併存する高齢者や急性期の患者の適切なアセスメントとリスク管理ができるようになること、リハビリテーション科診療に必要な様々なスキルを身につけることを目標としています。さらに、患者や家族への共感と、療法士などのスタッフのプロフェッショナルリズムへの敬意を持ちつつ、論理的に具体的な治療プログラムを作成し、transdisciplinary teamの士気を高め、牽引できるような医師の育成を目指しています。研究面では、神経生理学や運動学、神経画像を用いた脳血管障害や神経難病の病態解明や予後予測精度の向上、非侵襲的脳刺激による機能回復促進などのニューロモデュレーションの開発など、神経リハビリテーション研究に取り組んでいます。特殊な環境や

実験室でしか得られない知見は、日常のリハビリテーション診療に還元するのは難しいため、脳波や筋電図など、一般的なリハビリテーション医療の場で収集できるデータを様々な方法で解析することで、これまで見えていなかった有用な情報を取り出すことができないか、という視点を大事にしています。また、大学病院で経験することの多いがんやサルコペニアをテーマとした研究にも取り組んでいます。さらに、地方の活性化という意味でも、地域の企業と産学連携でリハビリテーション医療や福祉分野の機器を開発していきたいと考えています。一方、大学外に目を向けますと、北陸、特に富山県は、リハビリテーション医療については、リハビリテーション科専門医数、回復期リハビリテーション病床数など、様々な指標で他の地域と比べ、遅れをとっていることは否めません。高齢化や人口減少が今後さらに進む地域社会を支えるためにもリハビリテーション医療体制の充実が急務です。また、先般の能登半島地震を経験し、災害リハビリテーション支援体制の拡充の必要性も明らかになりました。地域の皆さんに、急性期から回復期、生活期に至るすべてのフェーズで、良質なリハビリテーション医療を提供し、適切なリハビリテーションマネジメントが実施できるように、専門医育成だけでなく、関連専門職との連携強化や患者・家族への様々な啓発などにも積極的に取り組んでいきたいと考えています。

まだできたばかりの診療科・講座ですが、日本リハビリテーション医学会の益々の発展と地域のリハビリテーション医療に貢献するため、スタッフ・教員一丸となって取り組んでまいります。ご指導、ご鞭撻の程、宜しく申し上げます。



国際活動と国際誌刊行

正門 由久

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会副理事長
(東海大学医学部専門診療学系リハビリテーション科学 教授)

1. 国際活動

1997年8月日本リハビリテーション医学会は、上田敏組織委員長のもと Across the bridge towards the 21st century をテーマに、京都において国際リハビリテーション医学会第8回世界大会 (International Rehabilitation Medicine Association: IRMA Ⅷ) を開催した。その当時は、IRMA 国際大会は4年に1回開催されており、リハビリテーション医学の臨床、研究、教育、福祉に至るまで世界各国からの医療関係者が研究成果の発表、交流を行う、重要な国際会議であった。それには海外から約700名、国内からは1100名が参加した。アジア参加者が35%と特に多く、幸いに日本財団からの財政の補助を受けて、アジア24か国からの参加者への財政援助を行うことができた。これにより、アジアと日本の交流も盛んになったと考えられる。

またIRMA Ⅷ開催によって、最新・最先端の研究成果を直に拝聴することができた。多数の高名な先生の講演を一度に、しかも日本で聞ける機会はほとんどなかったのが、大変貴重な機会であった。と同時に日本のリハビリテーション医学の臨床と研究の成果を世界に発信することができた。これは国際交流、共同研究などでの大きな意味を持つものとなった。

IRMA Ⅷ開催後、1999年日本リハビリテーション医学会国際委員会を発足し、国際交流のための活動を開始した。

1) 海外の Corresponding Member および Honorary Member

Corresponding Member は、65歳未満で、本国でリハビリテーション医学を専門とする医師、研究者で、国際交流に十分貢献でき、十分な業績を有する者としている。

Honorary Member は、65歳以上で日本リハビリテーション医学会学術集会などで、招待講演を行った者または会員の留学受け入れなどで貢献した者で、研究などでリハビリテーション医学の発展に貢献した者とした。現在のメ

(表1)

Honorary Member

John L.Melvin(USA), Gunnar Grimby(Sweden), Satiko T. Imamura(Brazil),
Saeil Chun(Korea), Tai Ryoan Han(Korea),
Joel A. Delisa(USA), Michael P. Barnes(UK), Changil Park(Korea),
Jeffrey B. Palmer(USA), Jiana Li(China)

Corresponding Member

Lawrence R. Robinson(Canada), Jeffrey R. Basford(USA),
Jian Jun Li(China), Marta Imamura(Brazil),
Gerold Stucki(Switzerland), Walter R. Frontera(USA)
Jorge Manuel Costa Laíns(Portugal), Volker Hömberg(Germany)

ンバーを表1に記載する。国際委員会から日頃のご挨拶、Annual Report などをご送付させていただいており、学術集会に参加されご講演いただく機会も多い。

2) 海外研修制度、海外交換研修制度

海外研修助成制度は、日本のリハビリテーション科医が海外のリハビリテーション医学関連学会に発表することや海外の大学のリハビリテーション医学教室または専門的なリハビリテーション医療施設を訪問して研究に関する情報交換、訪問先施設内での発表・意見交換を行うことによって交流を深めることを助成するものである。

海外交換研修制度 (外国人リハビリテーション科医交流助成制度) は、海外のリハビリテーション科医が、わが国のリハビリテーション施設を訪問して自身の研究に関して訪問先施設内発表、もしくは本医学会が関係する地方会などを含めた学術集会で発表を行うことによって、交流を深めることを助成するものである。

3) 国際学会の主催・共催

IRMA Ⅷ主催後、リハビリテーション医学に関する国際

的な会議が開催されたのは、ニューミレニアムシンポジウム (New Millennium Asian Symposium on Rehabilitation Medicine, 2001) と日韓合同リハカンファレンス (Korean-Japanese Joint Conference on Rehabilitation Medicine, 2002) であろう。

シンポジウムはアジアにおける日本リハビリテーション医学会の交流の一環として千野直一会長のもとで2001年2月、東京で開催された。14か国から23名の講演者を迎えて、Rehabilitation Today, Post-Graduate Training, CBR, International Cooperationの4つの企画セッション、ICIDHについての特別講演、一般演題として7セッションが持たれ、アジア諸国の現状と今後の国際協力のありかたなどが議論された。

日韓合同リハビリテーションカンファレンスは2002年を開始年として2年ごとに交互に開催することが決まり、初回は2002年4月にJH Moon会長のもと韓国の慶州において日本から141名、韓国側から327名の参加で開催された。第2回は京都洛北の地、国立京都国際会館にて2004年平澤泰介会長のもとで“New Frontier”のテーマで開催された。口演41、ポスターセッションは326演題で、海外からの145名の参加を含めて550名を越す参加者があった。

その後、2つの国際学会 (IRMA : International Rehabilitation Medicine Association と IFPMR : International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation) が1999年に統合され誕生したISPRM (International Society of Physical and Rehabilitation Medicine) が、2014年から毎年開催となり、世界をアジアオセアニア、ヨーロッパ中東アフリカ、南北アメリカの3つに地域区分し、2014年メキシコを筆頭に開催されてきた。2015年ベルリンで、2019年日本でのISPRM開催が決まったが、(ISPRM2019KOBE: 図1)、これはISPRM招致委員会 (才藤栄一委員長、道免和久副委員長) を中心とした、日本リハビリテーション医学会の成果である。

(図1) 13th ISPRM World Congress - ISPRM 2019



2019年6月9日(日)～13日(木)まで、神戸ポートピアホテル、国際会議場、国際展示場にて第13回国際リハビリテーション医学会世界会議 (ISPRM2019) が才藤栄一会長のもとでRehabilitation as the Cutting Edge of Medicine-最先端医学としてのリハビリテーション医学

-をテーマとして、2019年6月12日(水)～16日(日)第56回日本リハビリテーション医学会学術集会在道免和久会長のもとでCutting-Edge Trends of Rehabilitation Medicine-最先端リハビリテーション医学の今とこれから-をテーマとして、開催された。本国際会議には75か国から2600名以上(うち1232名が日本からの出席)が参加し、抄録1850本という盛大なものであった。Keynote/Special lecture においてロボット訓練、再生医療、脳刺激治療などの最先端医療について講演された会長の才藤栄一先生、道免和久先生、事務局を務められた藤田医科大学および兵庫医科大学リハビリテーション医学講座および関係者の皆様に心よりの感謝を申し上げたい。日本リハビリテーション医学会学術集会 (JARM) はISPRMと並行・連続開催される形式となり、12～13日には、両学術集会の共通プログラムも企画される日程であった。最先端のリハビリテーション医学研究、医療技術の総結集を目指し、ロボット・最先端リハビリテーション機器普及元年にしたいとの道免和久大会長の思いの込められたテーマは、平成から令和に代わって初めての開催となる学術集会に相応しく、6,500名を超える参加者が来訪し、1470もの一般演題が発表された。

2. 国際誌刊行

日本リハビリテーション医学会国際誌Progress in Rehabilitation Medicine (PRM) は、2016年にオープンアクセスジャーナルとして創刊された (国際誌編集委員会: 道免和久担当理事、Editor in Chief、委員長: 小山哲男先生) (図2)。

(図2) Progress in Rehabilitation Medicine HOME PAGE



専門医制度基本19領域学会のほとんどが国際誌を発刊しており、そのほとんどがインパクトファクターを有している。それゆえ基本領域である、リハビリテーション医学が国際誌を発刊することは必須であるといえる。

日本リハビリテーション医学会により、1964年に創刊された「リハビリテーション医学」は、日本のリハビリテーション医学領域のリーディングジャーナルとしての役割を果たしてきた。国内誌である「リハビリテーショ

ン医学」は、2007年44巻より The Japanese Journal of Rehabilitation Medicineとして発行され、2024年61巻からはオンラインジャーナルとなった。ここに至るまでの間、何回かPubMedへの掲載を模索してきたものの、困難であった。

そのような状況を打破することとして、日本リハビリテーション医学会国際誌PRMが、2016年に日本リハビリテーション医学会の公式国際学術誌としてオープンアクセスジャーナルとして創刊された。もちろん最初の投稿数は少なかったものの、2020年8月PubMedに掲載され、世界中からアクセスが容易となった、それにより、PRMに対する論文投稿数は現在、年間100篇以上となっており、この5年間で3倍まで増加している(表2)。論文採択率は例年、おおよそ50%程度となっており、適切な査読が行われていることがうかがわれる(表3)。

(表2) Progress in Rehabilitation Medicineへの論文投稿数

	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
論文投稿数	46	55	46	100	124
原著論文	30	40	37	84	101
症例報告	15	14	9	16	22

(表3) Progress in Rehabilitation Medicineにおける論文採択率

	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
アクセプト	10	19	24	28	44
リジェクト	5	17	31	34	46
採択率	66.7%	52.8%	43.6%	45.1%	49.0%

論文投稿から初回判定までの平均日数はおおよそ1カ月程度、論文投稿から最終判定までの平均日数は2カ月強となっており、それほど時間がかからずに査読をしていただいている。出版論文数も、年々順調に増加しており、特にPubMed掲載された2020年以降の伸びが著しい。

PRMの次の目標はインパクトファクターの獲得である。これによって、良質な論文の投稿数増加、雑誌の価値の向上、会員の研究力向上、医学会の国内外からの認知度向上、学術的に確固とした基盤を有していることの証明、リハビリテーション医学志望者の増加、国内各大学医学部のリハビリテーション医学講座の増加などが見込まれる。2022年2月にインパクトファクターを獲得するため、Clarivate Analytics社のEmerging Sources Citation Index (ESCI)へ掲載申請を行った。2023年ESCIへ掲載が認められ、あとはより審査の厳しいScience Citation Indexに掲載される必要があり、現在それを待っている状況である。インパクトファクターが付与されるのももうすぐであろう。

インパクトファクターは、過去2年間の論文数の合計と引用される論文数の比である。そのため、国際誌編集委員

会では引用される論文数を増やすため、良質なレビュー論文を依頼している。また、SNSを活用した広報活動を開始した。本邦からの論文アクセスを高めるために、PRMのホームページに日本語要約掲載も開始した。これらにより、日本からの論文が、世界のリハビリテーション医療・医学に大きな影響を与えるとともにPRMには世界からの投稿が増えることを期待している。

国際誌に論文を投稿することは公益性の高い行為である。論文を出版ということは情報共有に他ならない。臨床的に有益な情報を、より多くの人と情報共有することで、患者さんがより良いリハビリテーション治療を受ける機会を増やすことができる。世界的には英語が最も使用人口が多く、日本語で論文を出版することも重要であるが、世界に重要な研究を知ってもらうことはより有用である。つまり、重要な知見が得られた場合には、英語で論文を出版する責任があると考えられる。

本稿では、リハビリテーション医学関連国際誌の出版動向を俯瞰し、本医学会の国際誌であるPRMの将来展望について記載し、日本リハビリテーション医学会60年記念誌にその歴史の記を残したい。

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
60周年記念講演会

2024年6月13日(木) セルリアンタワー東急ホテル

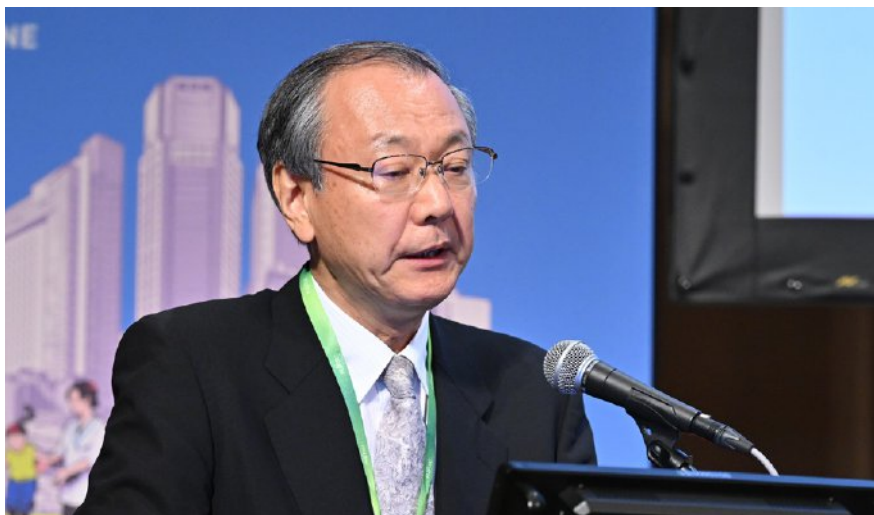


理事長講演



安保 雅博 (日本リハビリテーション医学会 理事長)

基調講演



水間 正澄 (日本リハビリテーション医学会 元理事長)



久保 俊一 (日本リハビリテーション医学会 前理事長)



佐浦 隆一 (日本リハビリテーション医学会 副理事長)

招待講演



斉藤 秀之 (日本理学療法士協会 会長)



山本 伸一 (日本作業療法士協会 会長)



深浦 順一 (日本言語聴覚士協会 前会長)



野坂 利也 (日本義肢装具士協会 前会長)

特別講演



高木 邦格 (国際医療福祉大学 理事長)

60th anniversary

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 60周年記念講演会 プログラム



開催日時：2024年6月13日木曜日 8:40～12:10

会場：セルリアンタワー東急ホテル 地下2階 ボールルームD (学術集会第一会場)

- 8時40分 ● 開会の辞 安保 雅博 理事長 (東京慈恵会医科大学教授)
- 理事長講演 「60周年を祝って」
- 座長 田島 文博 副理事長 (ちゅうざん会理事長)
- 演者 安保 雅博 理事長 (東京慈恵会医科大学教授)
- 8時55分 ● 基調講演 座長 久保 俊一 前理事長 (京都府立医科大学特任教授)
- 「医学会2012 - 2016年の歩み」
- 演者 水間 正澄 元理事長 (輝生会理事長)
- 「医学会2016 - 2022年の歩み」
- 演者 久保 俊一 前理事長 (京都府立医科大学特任教授)
- 「医学会2022 - 2024年の歩み」
- 演者 佐浦 隆一 副理事長 (大阪医科薬科大学教授)
- 10時10分 ● 招待講演 座長 正門 由久 副理事長 (東海大学教授)
- 美津島 隆 副理事長 (獨協医科大学教授)
- 「理学療法士協会 - この10年の歩み -」 演者 斉藤 秀之 会長
- 「作業療法士協会 - この10年の歩み -」 演者 山本 伸一 会長
- 「言語聴覚士協会 - この10年の歩み -」 演者 深浦 順一 前会長
- 「義肢装具士協会 - この10年の歩み -」 演者 野坂 利也 前会長
- 11時10分 ● 特別講演 「日本のリハビリテーション医療・教育の歴史とこれからの展望」
- 座長 安保 雅博 理事長 (東京慈恵会医科大学教授)
- 演者 高木 邦格 (国際医療福祉大学理事長)
- 12時10分 ● 閉会の辞 島田 洋一 副理事長 (久幸会常務理事)



公益社団法人

日本リハビリテーション医学会

