



日本リハビリテーション医学会50周年記念誌

50th Anniversary of the Japanese Association of Rehabilitation Medicine

監修 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会

編集 日本リハビリテーション医学会50周年記念誌委員会



日本リハビリテーション医学会 50周年記念誌

50th Anniversary of the Japanese Association of Rehabilitation Medicine

監修 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
編集 日本リハビリテーション医学会 50周年記念誌委員会

日本リハビリテーション医学会 設立 50 周年記念式典

2013 年 6 月 13 日 東京国際フォーラムホール C



開式の挨拶（水間正澄：日本リハビリテーション医学会理事長）



来賓の方々



祝電披露
（川手信行：設立 50 周年記念事業実行委員会幹事）



Dr. Joel DeLisa より
授与された記念品



来賓祝辞 (Dr. Joel DeLisa: President of ISPRM, 2008-2010, UMDNJ-New Jersey Medical School)



来賓祝辞 (高久史磨: 日本医学会会長)

日本リハビリテーション医学会 設立50周年記念祝賀会

2013年6月13日 パレスホテル東京葵の間



開会の挨拶 (椿原彰夫:日本リハビリテーション医学会副理事長)



来賓祝辞 (米本恭三:日本リハビリテーション医学会元理事長)



会場のパレスホテル東京



琴とバイオリンの生演奏

乾杯 (千野直一:日本リハビリテーション医学会元理事長)

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
設立50周年記念祝賀会



来賓祝辞 (Dr.Jianan Li : Professor of the Nanjing Medical University)



歓談の様子



目次

Color Photograph

日本リハビリテーション医学会設立 50 周年記念式典, 祝賀会 ii

ご挨拶 水間正澄 1

祝辞

高久史磨 (日本医学会会長) 4
横倉義武 (日本医師会会長) 5
岩本幸英 (日本整形外科学会理事長) 6
Joel A.DeLisa (Past President of ISPRM) 7
Jianan Li (Professor in Rehabilitation Medicine, Nanjing Medical University) 8
半田一登 (公益社団法人日本理学療法士協会会長) 9
中村春基 (一般社団法人日本作業療法士協会会長) 10
深浦順一 (一般社団法人日本言語聴覚士協会会長) 11
坂本すが (公益社団法人日本看護協会会長) 12

50 周年記念寄稿

日本におけるリハビリテーションの黎明期 療育を通して 高取吉雄 14

沿革

日本リハビリテーション医学会創立とその後の歩み 上田 敏 26
日本リハビリテーション医学会の誕生と障害者福祉 高橋 勇 39
リハビリテーション科の標榜からの躍進 米本恭三 47
リハビリテーション医学の発展 千野直一 59
リハビリテーション医学の社会的認知 田中信行 70
専門医・認定臨床医制度の確立と将来 江藤文夫 78
日本リハビリテーション医学会の国際化 平澤泰介 91
社会に開かれた日本リハビリテーション医学会へ 里宇明元 102



50周年記念に寄せて

名誉会員

祖父江逸郎	116	野島元雄	117	澤村誠志	118
村上恵一	119	中村隆一	120	福田道隆	121
安藤徳彦	122	石神重信	123	宮野佐年	124
三上真弘	125	立野勝彦	126		

学会員

伊藤利之	127	住田幹男	128	川平和美	129
蜂須賀研二	130	木村彰男	131	朝貝芳美	132
藤島一郎	133	椿原彰夫	134	久保俊一	135
吉永勝訓	136	才藤栄一	137	上月正博	138
生駒一憲	139	正門由久	140	水落和也	141
田島文博	142	出江紳一	143	石合純夫	144
近藤克則	145	宮井一郎	146	田中宏太佳	147
浅見豊子	148	園田茂	149	梅津祐一	150
佐伯覚	151	芳賀信彦	152	藤谷順子	153
安保雅博	154	和田太	155	菊地尚久	156
中馬孝容	157	辻哲也	158	武原格	159
山田深	160	橋本圭司	161		

資料

年表	164
歴代理事長一覧	168
学術集会年表	169
学会会員数の推移	172

編集後記	赤居正美	173
------	------	-----

日本リハビリテーション医学会 50 周年記念誌委員会

赤居正美 (担当理事・委員長)

川平和美 (担当理事)

岡島康友 (委員)

加賀谷斉 (委員)

小池純子 (委員)

佐伯 覚 (委員)

長岡正範 (委員)



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（昭和38）年に設立され、2013（平成25）年に設立50周年という節目の年を迎えることができました。

日本におけるリハビリテーション医学を発展させていくために、種々の領域を統合させて一つの組織とすることは、関係する学会はもちろんのこと国民からも待望されてきたものでした。そのような強い思いのなかで発足した日本リハビリテーション医学会はこの50年の間に大きく発展し、会員総数は9,900名を越えるに至りました。

この間には、日本医学会分科会への加盟、リハ科専門医制度の発足など学会としての独自性を高める努力が続けられ、長らく任意団体として活動していた本学会は、1989年8月には一般社団法人日本リハビリテーション医学会と法人格を有する団体となりました。その後も、リハビリテーション医学・医療を取り巻く環境が大きく変化するなかにあって、標榜診療科としての「リハビリテーション科」承認、科学研究費補助金・総合領域「リハビリテーション科学・福祉工学」の新設、日本専門医制・評価認定機構における基本領域への認定など専門領域としてのリハビリテーション医学の地位を確かなものとする努力が続けられてまいりました。2012年4月には公益性が高い法人として認定され、公益社団法人日本リハビリテーション医学会となりました。これらの発展は、日本リハビリテーション医学会設立のためにご尽力された先生方、その意思を受け継ぎ発展させてこられた数多くの会員皆様のためまぬご努力の賜物であります。そして、関連学協会、関係諸機関の皆様のご多大なるご理解ご協力によりましてリハビリテーション医学はわが国に根付くことができました。関係されました皆様に心から感謝を申し上げます。

日本リハビリテーション医学会は設立50周年を迎えるにあたって、50周年記念事業実行委員会を組織し、2013年をはさんだ5年間を記念事業の期間と定めましたが、50周年記念式典および祝賀会、50周年記念誌の刊行はその大きな柱として企画されました。

本記念誌では数多くの先生方からご寄稿をいただきましたが、歴代理事長はじめ名誉会員の先生方からの原稿は、設立前後の黎明期から現在に至る本学会の歩んだ道のりを会員皆様にも共有していただくことができるものであり、記念寄稿も含めると日本のリハビリテーション医学の歴史そのものを認識することのできる内容でもあります。また、これからの本学会を担う現会員のメッセージからは、将来に向けた日本リハビリテーション医学会の新たな鼓動を感じていただけるのではないかと思います。本記念誌によって、50周年記念式典・祝賀会の記録を含め日本のリハビリテーション医学の歴史に残すべき重要な軌跡・資料を記録にとどめることができたのではないかと思います。そして、本記念誌が今後の日本リハビリテーション医学会のさらなる発展を目指すための一つの道標となることを期待いたします。

最後に、本記念誌刊行にご尽力をいただきました編集委員の先生方、貴重な資料をご提供いただきました方々に深く感謝申し上げます。

水間正澄（公益社団法人日本リハビリテーション医学会 理事長）



祝 辞

Congratulations

日本リハビリテーション医学会 50周年を記念して



日本医学会会長
高久史磨

日本リハビリテーション医学会 50周年記念おめでとうございます。日本リハビリテーション（以下リハ）医学会が日本医学会に加盟されたのは、昭和43年ですが、現在、日本医学会に加盟している医学会の数は118ですので、その中の第56番目にあたります。

リハが医療の現場で重視されるようになったのは、私の理解では第二次世界大戦後で、欧米諸国からリハの理念・理論、方法が急速にわが国に導入された経緯があったと思います。その頃は第二次大戦の戦傷者に対するリハが課題の一つでありましたが、その後一般的な障害者の問題がしだいに社会問題として取り上げられるようになり、障害者に対するリハが重要な課題となり、その重要性は近年ますます増加してきたと信じています。その理由として私は人口の高齢化と、医学の面では治療の進歩があげられると思います。私がここで申し上げるまでもなく、人口の高齢化に伴って生活習慣病をはじめとする慢性疾患の患者が増加し、その増加した慢性疾患のほとんどが疾患の診断・治療の後にリハを必要とすると考えられるからです。もっとも典型的な例が、脳卒中後のリハであることは周知の通りです。過日、元巨人軍の長嶋茂雄監督が国民栄誉賞を受けられた際の映像をテレビで見ましたが、長嶋監督が全力をつくしてリハにとりくまれた結果、授賞式に出席することができるようになった様子をテレビで拝見して、リハの重要性を改めて認識することができました。その時の長嶋監督の映像こそ、リハ医学の最近の進歩を示したものであると思いました。

上述したようにリハ医学が最近、特に注目されるようになったもう一つの理由として、新しい医学・医療技術の進歩によって、従来は死亡していた患者が生き残るようになったことがあげられると思いま

す。そのような患者に対しては社会生活に復帰するためのリハ医療の必要性が医学のあらゆる場面で必要となってきています。

リハが上述の脳卒中の例ばかりでなく、内科、外科領域を問わず幅広い疾患で必要となってきていることは、万人の認めるところであります。もう一つの例として今後、医工連携により新しい型の車椅子や様々な型のロボットを利用したリハなどが新しい技術として登場することが十分に推測されます。

なお、私にとって全くの専門外ですので的外れの意見かもしれませんが、社会の複雑化に伴って躁鬱病などの精神疾患の患者が今後、増加することが十分に推定されます。それらの精神疾患の患者の社会復帰のためには、様々な形のリハが必要で、そのような患者は今後ますます増大することも十分に予想されます。その意味でリハ医学がカバーする医療の範囲がますます広がり、その重要性が今後ますます増加してくると思われれます。

患者に対するリハには、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、介護福祉士など、様々な職種の医療機関関係者の協力が必要であると考えられます。現在はチーム医療の時代といわれていますが、リハ医療こそチーム医療の典型的な例といえると思います。リハには医学的なリハに加えて、社会的なリハ、職業リハなど、患者の社会復帰には様々な形のリハが必要ですが、これらのリハを支えているのは何といても医学的なリハで、医学的なリハの基盤がなくては社会的なリハ・職業的なリハは成り立たないと思います。

リハ医学の過去50年にわたる立派な御業績の蓄積に心から御祝いを申し上げますと共に、今後の一層の発展を強く期待して50周年記念の祝辞の締めくくりとさせていただきます。

日本リハビリテーション医学会 50 周年 記念誌に寄せて



日本医師会会長
横倉義武

公益社団法人日本リハビリテーション医学会が設立 50 周年を迎えられ、記念事業として『50 周年記念誌』を発行されるにあたりまして、日本医師会を代表して一言お祝いのことばを申し上げます。

日本リハビリテーション（以下リハ）医学会が、設立以来 50 年にわたり、多くの関連領域との連携を図りながら、医学と医療の橋渡しに努められ、わが国の医学・医療の発展・向上に大きく寄与してこられましたことに対し、深く敬意を表しますとともに、心よりお慶び申し上げます。

さて、今から 50 年前の昭和 38(1963)年の歴史を紐解いてみますと、この年の 11 月には、通信衛星による日米間のテレビ中継が行われ、その最初のニュース映像は、ケネディ米大統領の暗殺という衝撃的なものでした。国内では、7 月に日本初の都市間高速道路として、名神高速道路の栗東・尼崎間が開通した年でもありました。ちなみに、翌昭和 39(1964)年には、東海道新幹線が開業し、東京オリンピックが開催され、わが国が高度経済成長のまったただ中であつたといえます。

このような時代背景のなか、日本リハ医学会は、「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」を目的として、産声をあげられました。平成元(1989)年には社団法人を取得、平成 24(2012)年 4 月には公益社団法人に移行され、現在、会員数約 9,800 余名を擁する非常に大きな組織として発展を遂げておられます。

日本リハ医学会におかれましては、リハ医学の専門家集団として、設立以来、学術集会、講習会、研修会の開催、専門医・認定臨床医及び研修施設の認定、リハ医学に関する教育・研究、リハの啓発・普及活動並びに政策等の提言など、社会の要請に応え

た幅広い活動を展開してこられました。また、医学・医療の進歩に伴い、リハ医学が対象とする疾患が急速に広がりをもってきました。従来は、脳神経疾患や股関節疾患が主でありましたが、今日では呼吸器疾患、循環器疾患、さらには、がん、移植医療にまで拡大していることは多くの人の知るところです。これらの輝かしい実績は、先駆者の方々の未来を指向したご英断と、歴代役員並びに関係者の皆様の並々ならぬ情熱とご尽力の賜であり、深く敬意を表する次第です。

近年の医学・医療は、まさに「日進月歩」であります。医学研究それ自身の発展・進歩もさることながら、化学、工学、農学など諸分野と連携しつつ、目を見張る展開が行われています。次々に創り出される新薬、身体の間々まで検査可能な診断機器、そして侵襲をできるかぎり小さくする検査・治療用機器の発達など、日々驚きの連続ともいえる状況です。特に平成 24(2012)年、京都大学の山中伸弥教授が、iPS 細胞の作成によりノーベル医学生理学賞を受賞されましたことは、わが国の医学・医療にとって大いなる誇りであるとともに、再生医療の臨床応用が遠い未来のことではないことに、医療に携わる者として期待に胸を膨らませています。

このような進歩・発展のなかにあつて、日本リハ医学会が、今後とも社会的視点をふまえつつ、学術的にも臨床的にも大きな力を発揮されることを期待しております。日本医師会といたしましても、先生方のご尽力による学問的進歩を経済的に裏付けて、国民の皆様還元できるよう努力を続けてまいりたいと思います。

結びにあたり、あらためまして、日本リハ医学会が設立 50 周年を節目として、さらなるご発展を遂げられますことを祈念申し上げ、お祝いのことばといたします。

日本リハビリテーション医学会設立 50周年に寄せて



日本整形外科学会理事長
岩本幸英

日本リハビリテーション医学会の設立50周年、誠におめでとうございます。1963年に、日本整形外科学会リハビリテーション委員会、内科系リハビリテーション懇談会、療育更正医学懇談会が母体となり、「リハビリテーションに関する医学・医療の発展と社会への貢献」を目的として設立された貴学会が、輝かしい発展を遂げられ、この度設立50周年を迎えられましたことを、日本整形外科学会を代表して心よりお慶び申し上げます。

私達整形外科医は、1926年に日本整形外科学会を設立された田代義徳・初代東大教授の時代から、一貫してリハビリテーション（以下リハ）医学の発展を願い、努力してまいりました。全国の整形外科施設におけるリハ関連の業績は枚挙に暇がありませんが、その一例として、私が所属する九州大学整形外科の古い話を紹介させていただきたいと思えます。

教室第2代教授の神中正一教授は、1940年にわが国最初の本格的整形外科教科書である『神中整形外科学』を出版されましたが、そのなかで、義肢学や肢体不自由者救護事業に数多くのページを割かれ、リハの重要性を説かれました。

教室第3代の天見民和教授は、1960年に『リハビリテーション—医学的厚生指導と理学的療法』という教科書を出版されましたが、そのなかで、「い

ままでの日本の医学は、薬物学的療法、手術的療法に余りに偏りすぎていたように思われる。これに心理学的、物理学的医療を加え、これを有機的に結合し、疾病の治療に最大の効果をあげる方法を見出す努力が、すなわちリハビリテーションである」と記載し、その重要性を強調されました。さらに天見教授は、炭鉱の落盤事故による脊髄損傷患者や肢体不自由児のリハの普及、東京オリンピックが開催された1964年に第2回パラリンピックを日本に誘致されるなど、リハの普及に努められました。

その後も全国の整形外科医により、リハ医学の発展に向けた情熱的な取り組みが続けられました。津山直一第4代東大整形外科教授はその代表的存在であり、心血を注いで学会とリハ医学の発展に尽くされ、1989年、社団法人化した日本リハ医学会の初代理事長に就任されました。

近年、日本リハ医学会は大きく守備範囲を広げられ、2012年4月には公益社団法人への移行を果たされました。今まさに水間正澄理事長のリーダーシップのもとで、さらに大きな飛躍を遂げようとしておられます。日整会は、今後も、日本リハ医学会の強力なパートナーとして、学会の発展のために最大限のご協力をさせていただきたいと思えます。どうぞよろしくお願いいたします。

Congratulation for the 50th anniversary of the JARM

Past President, ISPRM
Joel A. DeLisa, MD, MS



The Japanese Association of Rehabilitation Medicine (JARM) was founded in 1963 and is celebrating its 50th anniversary. The purpose of JARM is “to promote the advancement of medicine and the dissemination of knowledge concerning rehabilitation and contributing to the development of science and culture.”

The theme of the anniversary meeting was “Harmony Between Heart and Science : The Accomplishments of Rehabilitation Medicine.” As the spokesperson for the international guests, I thank chairperson, Dr. Masazumi Mizuma, for the invitation and complement JARM for having 9,800 members and 1,941 Board Certified Psychiatrists. This certification program was started in 1996. You are currently in 20 of the 80 medical schools in Japan with two more planning PM&R Departments.

JARM has shown strong leadership in the formation of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) and the formation of the Asian Oceania Society of Physical and Rehabilitation Medicine (AOSPRM). You have not been active in ISPRM in the recent past. I sincerely hope that you will renew your participation and leadership. It is my hope that you will bid to hold the 2019 ISPRM World Congress.

On behalf of the international community and guests, I congratulate JARM on its 50th anniversary. I encourage you to continue to train highly qualified psychiatrists to meet the needs of the Japanese citizens. I also recommend that you develop your scientific research capacity and agenda to better integrate into the academic medical community. I believe that JARM's future is bright.



Congratulation of JARM 50th Anniversary

Professor in Rehabilitation Medicine, Nanjing Medical University, China
Jianan Li, MD



Japan is a pioneer Asian country in modern rehabilitation medicine and getting matured earlier than majority of Asian countries. The 50th Birthday of Japanese Association of Rehabilitation Medicine (JARM) is an indication of maturity of this society. JARM has been contributing its services not only for Japanese, but also many people from other countries in the world. As president of international Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), I do appreciate JARM's contribution to ISPRM and world.

Japan and China has long history in mutual exchange and cooperation. As one of senior rehabilitation doctors in China, I have witnessed Japanese effort to facilitate development of rehabilitation medicine in China. I would like, on behalf of Chinese colleagues in rehabilitation, express our appreciation to our Japanese colleagues.

Recently, JARM organized the largest international delegation to the ISPRM 2013 World Congress held in Beijing. JARM also provided financial support for some people from lower resources countries. As the congress president, I have printed your contribution in this congress record as the evidence of Japanese contribution to ISPRM and world.

I believe JARM will keep its leading position in the field of physical and rehabilitation medicine, and will play more important role in ISPRM.

日本リハビリテーション医学会 50周年を祝して

公益社団法人日本理学療法士協会会長
半田一登



日本リハビリテーション医学会が創立50周年を迎えられましたことに、心よりお祝いを申し上げます。

私は昭和46年に九州リハビリテーション大学を卒業し、同年に九州労災病院に就職しました。当時を思い出しますと、リハビリテーション（以下リハ）という用語をほとんどの国民が知らず、ましてや理学療法士とマッサージ師との区別すら知られていませんでした。そうしたなかで、リハ科の医師からは、リハ棟回診（各課の専門医とリハ医が理学療法室に集まり、1か月間の成果を確認するとともに以降の方針を確認する回診）やカンファレンスを通じて、厳しく指導を受けたものです。特に担当患者のカンファレンスが決定すると、吐き気がするほどの緊張感に苛まれました。しかし、リハ科の医師と理学療法士は師弟関係によって強く結ばれていたのです。最近でもベテランの理学療法士と昔話をすると、当時の医師の名前が出てきて、厳しかった教えや懐かしい思い出が次々と出てきます。当時はまさにリハ一家によるチーム医療という様相を呈していました。

昭和45年には、厚生省（現厚生労働省）から「将来の高齢社会を想定しリハ医療と介護を強化する必要性」が打ち出されました。その後は、政策誘導として、リハ料の引き上げが診療報酬改定の度に行わ

れ、ある時には本会が要望した理学療法料の引き上げ額よりもはるかに高い改定が行われました。このような社会的背景のなかで、リハ医療は急速に拡大しましたが、逆に失ったものも大きかったように感じています。「第3の医療」「全人間的評価」「社会復帰」「職業復帰」、そして「障害者仕様のリハ」はどこへ行ったのでしょうか。

本会は、第1回国家試験合格者によって昭和41年に創設されましたが、昭和40年に制定された「理学療法士及び作業療法士法」の法制化や、その後の組織運営は大きくリハ医に依存したものでした。理学療法士にとっては、「誰かが敷いてくれたレールの上を誰かの力で前に進んだ状態」で、「自分で考え、自分の脚で立ち、自分で進んでいく」という観念の乏しい集団になりましたが、そこにはそれらの弱点を覆いかぶせるほどの希少価値がありました。しかし、その安眠も平成18年の診療報酬改定で打ち破られることになりました。リハ関係団体の連携が今ほど求められたことは、この50年間になかったと思われま

す。古い時代のリハ一家ではなく、新しい時代の連携による一家の構築が必要です。50周年を迎えられました貴会が、その先頭に立たれますことを強くお願いし、私の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 50周年 にあたって

一般社団法人日本作業療法士協会会長
中村春基



50周年記念おめでとうございます。

リハビリテーション医療の根幹を支える、日本リハビリテーション医学会が50周年を迎えられるにあたり、作業療法士協会としまして心より「感謝」と「敬意」を表します。

日本作業療法士協会は今年で48年目を迎えますが、その間、常に日本リハビリテーション（以下リハ）医学会、および会員の皆様に多くのご尽力を賜り、何とかここまで運営してまいりました。作業療法有資格者数はこの4月1日で68,935人となり、医療・介護の領域では、国民の健康に少しは寄与できる数となってきたと認識しております。

一方、年間約5,000名の作業療法士が誕生しますが、ご期待に応える人材であるでしょうか？協会は認定作業療法士、専門作業療法士等の生涯教育制度をつくり、質の向上に取り組んでいますが、365リハ体制が普及するなかで、自己努力に頼る研修体制では限界があると認識しています。これにつきましては、作業療法士のための課題ではありませんので、理学療法士協会、言語聴覚士協会と共同で取り組んでいきたいと考えています。

私は作業療法歴37年ですが、この間だけでもリハ医療を取り巻く環境は激変しました。兵庫県立リハセンターに入職当初（1977年頃）は、片麻痺の方の入院は発症後6か月での入院は普通でした。しかし、作業療法の内容は、家屋改造のための訪問評価、指導、復職を目指しての職場訪問、職業前訓練、季節ごとの院内行事等、利用者中心の作業療法ができていたように思います。

平成18年度から導入された疾患別診療報酬制度の影響は、いまさら述べるまでもありませんが、リハ医療の根幹を揺るがす出来事でした。なによりも、単位取得主義となり、治療の質と量、つまり技術という観点が薄れているように感じています。また、急性期、回復期、維持期といった流れのなかで、連携不足による一貫性の欠如、運動療法の偏った治療

等大きな課題を抱えています。

日本作業療法士協会では、これらの現状を打開するための方法として、平成20年度より老人保健健康増進等事業を活用して、「生活行為向上マネジメント」を開発し、効果検証と普及を図ってまいりました。第50回日本リハ医学会の記念シンポジウムでその概要を説明させていただきましたが、「生活行為聞き取りシート」「生活行為アセスメント」「生活行為向上プラン表」「申し送り表」のツールから構成され、最大の特徴は当事者と治療者の共同作業で作業療法が行われることにあります。結果として機能訓練に留まらず、生活に密着した具体的な生活行為を目標に作業療法が展開することにあります。

「人は作業を行うことで健康（元気）になれる」を合言葉に、全国の作業療法士が「生活行為向上マネジメント」を実践できるための研修とフォローアップ体制の構築が急務であります。これが全国津々浦々で実施された暁には、ADL、IADLへの作業療法に留まらず、趣味、仕事、地域活動など、利用者中心の具体的な生活支援がさらに行われると確信しております。

認知症初期集中支援チームでの役割の明確化、特別支援教育への参画、地域支援事業や健診事業での活用、一般産業界での研究等々、作業療法の知識、技術の活用は広範にわたっています。そのように考えますと、作業療法の定義を見直す時期に差し掛かっていると思います。

以上、最近の日本作業療法士協会の動き、課題等を紹介させていただきましたが、法の制定、国家試験、養成教育、臨床での指導等、日本リハ医学会のご協力なしには、協会は成り立たなかったと認識しています。今後も、大所高所からのご指導を賜れましたら幸いです。

最後に、貴学会が「リハビリテーションの理念」に根ざした学会として益々ご発展されること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。

リハビリテーション医学会 50 周年を お祝いして

一般社団法人日本言語聴覚士協会会長
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発足から50年という記念すべき節目の年をお迎えになるにあたり、日本言語聴覚士協会を代表して一言お祝いを申し上げます。

貴学会は1963年に発足して以来、1989年に社団法人格を取得、2012年4月には公益社団法人の認可と、その社会的地位を着実に高めてこられました。このことは、歴代理事長をはじめ多くの会員の方々が、リハビリテーション（以下リハ）医学の発展とリハ医療の普及に努めてこられたことによるものと思います。現在では1万名近くの会員を有し、今後ますます発展していかれるものと思います。

さて、言語聴覚士は1963年に初めて法制化が行政で話題となってから30年有余を経て、1997年の言語聴覚士法制定、1998年の法の施行、1999年の第1回国家試験実施ということで、ようやく国家資格として身分が位置づけられました。ここに至るまでには、貴学会をはじめとする多くの関係者の方々のご支援を賜りましたことを、この場をお借りして改めて御礼申し上げます。資格化が遅れた私ども言語聴覚士も本年3月の第15回国家試験合格発表を終え、合格者累計は約22,000名となりました。そのようななかで、20歳代と30歳代の若い言語聴覚士が全体の80%を占めるようになっていきます。経験の浅い若い言語聴覚士だけの職場も多くなっています。一方、医療の高度化、サービス提供領域の拡大により、身につけるべき知識・技術は膨大なものになっています。このような状況を鑑みて、本協会

としては会員の資質向上のために生涯学習制度の充実を主要な事業として進めております。本事業の推進には貴学会のご支援が必須です。リハ全体の質を担保するという観点から、ご指導、ご協力をお願いしたいと考えております。

今、団塊世代が後期高齢者となる2025年に向けて、高齢者が地域で自分らしい充実した生活を送ることができる社会を実現するために、地域包括ケアシステムの実現が課題となっています。高齢者・障害者が地域で自分らしい生活を送るためには、自立支援がその考え方の中心になります。予防、機能の維持・拡大を通じた自立支援には、リハが中心的役割を果たさなければなりません。在宅生活を支援するリハ資源である外来リハ、通所リハ、訪問リハの充実が喫緊の課題です。地域包括ケアのなかにリハが明記され、その重要性が認識されるためには、リハ関連職種が一丸となってこの課題への取り組みを強めることが必要です。その点では、リハ医療関連団体協議会の役割は大きく、貴学会のイニシアティブのもと今後の活動が進むことを大いに期待しております。

最後になりましたが、公益社団法人日本リハ医学会がますます発展されますことを祈念いたしますと同時に、私ども言語聴覚士に対して今後ご指導いただきますことをお願いし、お祝いのことばとさせていただきます。設立50周年、本当におめでとうござります。

共に学び、よりよい連携・協働を 目指して



公益社団法人日本看護協会会長
坂本すが

公益社団法人日本リハビリテーション医学会が、設立50周年を迎えられ、ここに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（以下リハ）に関する医学の発展と知識の普及や、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。

私はこれまでに幾度となく、リハの奇跡を見てきました。急性期病院に勤めていた頃、脳梗塞を発症した友人が入院してきました。本当に手足を動かすのも困難だったその患者さんが、ある日、病棟を歩いている姿を見たときの驚き。これがリハの力だ。率直にすごい！と感激したことを覚えています。

どんなワザをもっているのだろう。興味をもった私は、リハ科の医師に話を聞いたり関連の書物を読んだりしました。そして、その高い専門技術を知りました。例えば、片麻痺の患者さんに対して、鏡を使って動くほうの手の像を映し、麻痺側の手のよりリアルな運動をイメージさせながら訓練するやり方もあると聞き、私は再び驚嘆しました。同時に、看護のプロとして専門能力を発揮するだけでなく、これからは、他の職種と力を合わせて総合的なアプローチをしていくことが、患者さんによりよい結果をもたらすのではないかと漠然と予感しました。まだ「多職種連携」や「チーム医療」の概念が定着していなかった時代です。遡ってリハ創成期の1966年、理学療法士（PT）・作業療法士（OT）の第1回国家試験に、多くの看護師が受験したのは、リハの可能性に強く惹かれ、学びを得たいと考えたからではないでしょうか。

2000年代に入り、電子カルテやクリティカルパスの導入が進み、職種間の情報共有がスムーズになっていきました。いまや「チーム医療」は、少子・超高齢社会という大きな変化に立ち向かう、私たち

医療従事者のキーワードです。医療現場では、発展途上ながらも、日々、チーム医療が実践されています。急性期から緩和ケアまで、患者さんの状態の管理だけでなく、例えば転倒・転落防止など医療安全管理にも、リハ専門医や、PT・OT・ST（言語聴覚士）らセラピストの知見が大変役に立っています。一方、看護師のなかにも、脳卒中など今後増加の見込まれる特定疾患について、リハを含む総合的・専門的なケアを学ぼうとする者が増えています。2009年から制度化した「脳卒中リハビリテーション分野」の認定看護師は、現在290名（2012年末）になり、年々増えています。

「障害者の生活再建は病室から始まる」。あるリハ専門医の言葉です。医師は、訓練室での訓練が実生活にどのような影響を与えるか、常に生活を意識しながらリハを進めます。ある一定の空間・時間で集中的な訓練を行うのがセラピストの役割だとすれば、それが実生活に生かせるよう、食事から日常動作、排泄まで24時間体制で支えていくことが看護の役割だと考えます。

日本看護協会は「病気とともに生活する人」を支えることに軸足を置く、と宣言しました。従来の病院中心の医療だけでなく、病院と地域が車の両輪のようになって、住み慣れた地域での在宅療養を支えるということです。専門は違っても、リハと看護、いやすべての医療専門職のめざすところは同じです。1つのチームとして、患者さんのQOL向上という、共通のゴールに向かって、治療の先にある「生活」を見据えた医療のあり方を、これからも共に考え、共に学んでいきたいと思っております。

50周年というこの節目に、貴学会のさらなる発展と、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。



50 周年記念寄稿

Memorial Contribution



日本におけるリハビリテーションの黎明期 —療育を通して—

東京大学大学院医学系研究科関節機能再建学講座
高取吉雄



はじめに

日本のリハビリテーション（以下リハ）医学の源流の一つに肢体不自由児の療育運動がある。本稿では、療育運動の萌芽期に活躍し

た3人—田代義徳（1864-1938, 図1）^{1,2)}, 柏倉松蔵（1882-1964, 図2）³⁾, 高木憲次（1889-1963, 図3）⁴⁾の事績を紹介する。

1919年、東京帝国大学整形外科に田代（当時55歳）は教授、柏倉（当時37歳）はマッサージ師、高木（当時30歳）は助手として



図1 田代義徳
文献5「東京大学整形外科学教室百年史」より許諾を得て転載



図2 柏倉松蔵
文献3「日本最初の肢体不自由児学校柏学園と柏倉松蔵」より許諾を得て転載



図3 高木憲次
東京大学医学部整形外科学教室蔵。許諾を得て掲載。

在籍していた。ここに至るまでの3人の略歴は下記のとおりである。

田代は栃木県足利郡に生まれ、1888年に帝国大学医科大学（現在の東京大学医学部）を卒業して医師となる。ドイツとオーストリアに留学し、1906年に東京帝大に整形外科学講座を開講した。これが日本における最初の整形外科学講座である⁵⁾。

柏倉は山形県上山市に生まれ、1903年に日本体育会体操学校（現在の日本体育大学）を卒業して教師となった。東京と神奈川で教職についた後、岡山県師範学校に赴任した。岡山では按摩術を習得し、さらに医療体操という概念に惹かれるようになる。1918年にその権威であった田代を訪問し、研究生として学ぶことになり、翌年にはマッサージ師として東京帝大雇となった。

高木は東京池之端に生まれた。東京帝大の学生時代に田代を訪問する機会があり、整形外科学に関心をもつ。1915年12月に卒業して医師となり、翌年1月に田代の教室に入局した。

1906年以前には形態異常・運動器障害を扱う医学は日本に導入されていなかった。また、当時の小学校令では、肢体不自由児の保護者は就学させる義務を免じられていた。このため、肢体不自由児の多くは教育を受ける機会がなく、「読み書きそろばん」もできず、厄介者として暮らすしかない人が多かった。田代による整形外科学の導入は、肢体不自由児（者）の存在とその実態を認識させるようになった。田代の逸話に「見せ物小屋に行くと、治療できる患者が見せ物にされている現状を見ておくように」と述べ医局員に活を入

れたというものがある。

1919年当時に田代・柏倉・高木の3人が抱いた夢は「手足不自由な児童に自活の道を与えたい」というものであった。治療にとどまらず、自活の道を与えることを目指したことは卓見である。それには治療と教育が必要であるとする点は共通していたが、具体的な目標の違いから、異なる道を歩むことになる。田代は肢体不自由児のための公的な学校の設立を目指し、柏倉は肢体不自由児に教育と理学療法を施す学園を自ら開設し、高木は医療を主体とする肢体不自由児施設の設立へと向かう。以下では3人の動きを辿る。なお、概略は年表（表1）にまとめた^{5,6)}。

田代・柏倉・高木と 日本における 肢体不自由児の療育運動

1 現実から目標設定へ

1916年～1920年

1916年7月、田代は1年にわたる欧米出張に出発する。主たる目的は第一次世界大戦における戦陣医学の視察であるが、途上の米国でWidener Memorial Industrial Training School for Crippled Childrenを見学した。12月、高木は肢体不自由者の実態調査を企て、上野車坂の万年町（現在のJR上野駅の東側）を訪れた。しかし町民は閉鎖的で中に入れてもらうことができなかった。

1917年3月、高木は万年町で肢体不自由児をもつ親にようやく会うことができた。高木が知ったのは「肢体不自由児（者）は家の中に隠されている」という実態であった。田

表1 日本における肢体不自由児療育の歴史（1906年～1964年）

西暦	和暦	日本	海外
1906	明治 39	田代：東京帝国大学に整形外科科学講座を開講	肢体不自由児調査（独：ビーザルスキー）
1913	大正 2		オスカー・ヘレネ・ハイム完成（独）
1914	大正 3		第一次世界大戦始まる
1916	大正 5	高木：東大整形に入局（1月） 田代：欧米視察に出発（7月～翌年8月）	
1917	大正 6	高木：下谷万年町の調査	ソビエト政権の成立
1918	大正 7	高木：「夢の楽園教養所」の説	第一次世界大戦が終結
1919	大正 8	柏倉：東大整形に就職	
1920	大正 9	戦後恐慌	国際連盟の創立
1921	大正 10	柏倉：柏学園創立（東京、小石川区）	
1922	大正 11	高木：ドイツ留学に出発（5月） 高木：ビーザルスキーを訪問（8月）	
1923	大正 12	関東大震災（9月） 高木：帰国（12月）	身体障害者援護法（独）
1924	大正 13	田代：定年退官（9月） 高木：東大教授に就任（12月）	
1925	大正 14	高木：肢節不自由児福利会を設立	
1926	昭和 1	日本整形外科学会創立	
1928	昭和 3	金融恐慌 相川・福島：群馬県新田郡の肢体不自由児調査	
1929	昭和 4	高木：肢体不自由児の名称を提案？	世界恐慌
1930	昭和 5		ビーザルスキー逝去（62歳）
1931	昭和 6	竹澤貞女：岩ノ坂の調査を報告	
1932	昭和 7	高木：肢体不自由児療護会を設立 田代らの尽力により東京市立光明学校が開校	
1933	昭和 8	堤直温ら：本郷・下谷の肢体不自由児調査 柏倉：柏学園の第1回卒業式	ヒトラー内閣が成立
1934	昭和 9	高木：医学会総会で演説、ラジオ中継（4月） 高木：朝日講堂で講演（11月）	
1935	昭和 10	高木：日本肢体不自由児医治養護協会を設立	
1936	昭和 11	2.26事件	
1937	昭和 12	日中戦争始まる 高木：肢体不自由者療護園建設委員会を設立	
1938	昭和 13	田代：逝去（74歳）	
1939	昭和 14	高木：(財)肢体不自由者療護園を設立 守屋 東：東星学園を開園（1943年廃止）	第二次世界大戦始まる ペニシリンの薬効の発見
1940	昭和 15		
1941	昭和 16	医療関係者徴用令 高木：(財)整肢療護会を設立	
1942	昭和 17	国民医療法 特殊法人 日本医療団の設立 東京市立光明国民学校となる（義務教育） 高木：整肢療護園を開園	
1943	昭和 18	整肢療護園を日本医療団に移管 高木：(財)整肢療護会を解散	
1944	昭和 19	高木：汪兆銘の治療に従事（3月～11月）	ストレプトマイシンの発見
1945	昭和 20	東京大空襲で整肢療護園は罹災（3月9日） 終戦／占領時代に入る	第二次世界大戦が終結

続く

表1 続き

西暦	和暦	日本	海外
1946	昭和 21	高木：整肢療護園の業務を再開（5月）	
1947	昭和 22	日本国憲法の施行（5月） 児童福祉法の公布（12月）	
1948	昭和 23	高木：東大を定年退官（3月） 高木：(財)日本肢体不自由児協会を設立（9月）	
1949	昭和 24	高木：全国巡回指導を始める 身体障害者福祉法の公布	
1950	昭和 25	多田富士夫：多摩緑成会整育園を開園 森田傳一郎：群馬整肢療護園を開園	朝鮮戦争（～1953）
1951	昭和 26	児童憲章 高木：整肢療護園を復興（上棟式）	
1952	昭和 27	占領時代の終了（～4月） 大阪整肢学院の開設（9月）	
1953	昭和 28		ポリオワクチンの発明
1956	昭和 31	国際連合に加盟	
1957	昭和 32	高木：朝日賞（社会奉仕賞）を受賞 東京都立光明養護学校となる 鈴木良平：リーメンビューゲルを日本に導入	
1958	昭和 33	柏倉：柏学園を廃止	
1960	昭和 35	身体障害者雇用促進法の公布 整肢療護園に研修棟が竣工	ベトナム戦争（～1975）
1961	昭和 36	国民皆保健 ポリオの大流行（ワクチンの緊急輸入）	
1963	昭和 38	高木：逝去（74歳）（4月） 小池文英：整肢療護園の園長に就任（6月） 東大病院に中央診療部運動療法室（7月） 日本リハビリテーション医学会創立（9月）	
1964	昭和 39	柏倉：逝去（82歳）	ヘルシンキ宣言

代は8月に帰国し、12月の東京府慈善協会第3部会では、部長として「手足不自由ノ為メ自活スル能ハザル廢人ノ状況如何医療及ビ授産ニ由リテ自活ノ方法ヲ講ジセシメタクト」を協議した。

1918年7月、柏倉は文部省の体操競技講習会のため上京した。田代を訪問して医療体操を学びたいという希望を伝え、研究生として在籍することを認められた。この頃、田代は東京府慈善協会第3部会から内務省の救済事業調査会に対して「クリップルホーム」の提案をすることを決めている。11月、高木は母校の本郷小学校で整形外科的疾患の調査

を行うとともに講演し、「夢の楽園教療所」を提唱した。これは肢体不自由児を育成して一人前の社会人にするには『治療・教育・職能』を三位一体とした施設が必要であることを説いたものである⁴⁾。聴衆はかつての同級生18名だけであったが、高木の出発点と言える。この年末に柏倉は東京に転居した。

1919年、田代・高木・柏倉は東京帝大整形外科に集まった（図4）。柏倉は「不良姿勢に対する矯正体操の考案」などの研究を行った。小児においては集団治療が必要であることに気づき、その実現に使命感を抱くようになった。これに対し田代は、クリップルス

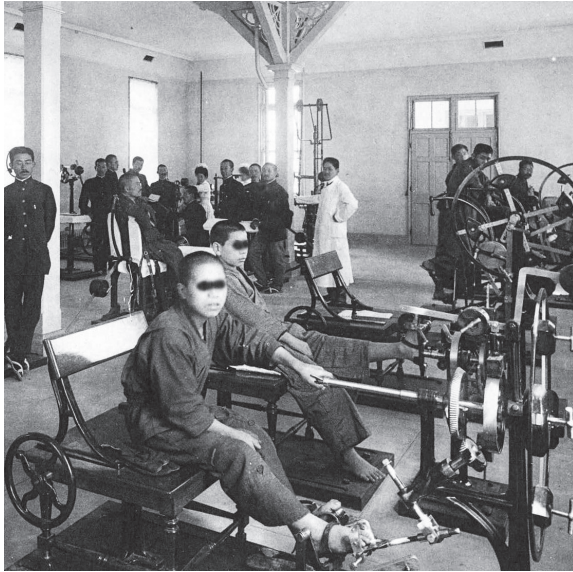


図4 東京帝大整形外科
治療器械室（1913年頃）

Zander 機械運動室とも称した。

文献5「東京大学整形外科学教室百年史」より許諾を得て転載

クール（肢体不自由児のための学校）の必要性を感じていたため、柏倉を支援することを決意する。

2 柏学園と光明（こうめい）学校 1921年～1932年

1921年5月1日、柏倉は柏学園を小石川区（現在の東京都文京区）に開設した³⁾。柏学園は、日本で初の肢体不自由児のための学校である。設置目的は、「身体の不自由な児童に小学校の課程に準ずる教育を施す。適当な場合には専門医に相談して整形外科的治療を行い、幾分でもその不便を除く。さらに職業教育を授け、将来独立して生業に従事できるようにする」というものである。田代が顧問・監督、柏倉が園長・医療体操担当、妻とくが学科教師という構成であった。柏倉が行った整形外科的治療とは、①マッサージ、②医療体操、③練習治療法であり、このうち練習治療法とは、機器を用いた運動療法を指す。しかし私設のため月謝が20円（巡査や小学

校教員の初任給が約45円）と高額にせざるを得なかったこともあり、当初の入園児は2名であった。

1922年、柏学園は経営難が続き、「君達は食物を食べて居るか」と心配した田代は毎月20円ずつの寄付を始めた。4月、柏倉は篤志家から5千円の寄付を受け、月謝を10円に下げる。5月、高木はレントゲン学研究のためドイツ留学に出発した。8月にオスカー・ヘレネ・ハイム（肢体不自由児施設）を訪問するなど、ドイツにおける療育の実態を積極的に調べている。

1923年7月、柏学園は有栖川宮家から500円を下賜される。肢体不自由児の療育運動が社会に認知されてきたことの現れである。

1924年、田代は退官し、高木が東京帝大整形外科の第2代教授に就任する。

1925年、高木は肢体不自由児施設の建設を目指し、肢節不完児福利会を設立する。田代はこれを「医学の範囲を逸脱する」と批判

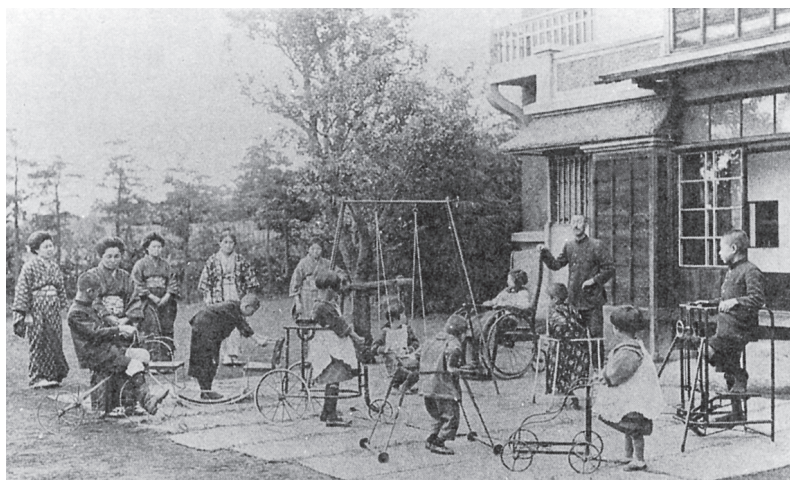


図5 柏学園の訓練風景
(1926年5月)

機器考案を記念して撮影。右手奥に立つのが柏倉松蔵。

文献3「日本最初の肢体不自由児学校 柏学園と柏倉松蔵」より許諾を得て転載

し参与しなかった。

1929年、田代は東京市会議員に当選してクリップスクール設立を推進していく。

1932年5月21日、東京市立光明学校（芝区麻布新堀町、現在の東京都港区）の入学式が挙行される。初代校長は結城捨次郎⁷⁾（1890-1939）であり、校医は竹澤貞女⁸⁾（1903-1943、整形外科医）が務めている。光明学校は日本で最初の「公立の肢体不自由児のための学校」であるが、小学校ではなく小学校に類する各種学校であった⁹⁾。このため小学校卒業と同等であることを証明するには、卒業証書に東京市長の裏書きが必要であった。義務教育の学校となるのは10年後であり、国民学校令による。12月、高松宮同妃両殿下が柏学園に台臨される。1932年はクリップスクールにとって画期的な年であったが、この頃が柏学園の最盛期であった（図5）。

3 整肢療護園の興亡 1932年～1945年

高木は民間による肢体不自由児施設の設定を目指していた。高木は優れた組織者であり、医学生に対しても肢体不自由児施設の必要性を繰り返し説いた。また群馬県新田郡、東京岩の坂、本郷区・下谷区などをフィールドとして肢体不自由児の実態調査を行うとともに、広報活動と寄付金募集も進めていく。

1934年4月、高木は第9回日本医学会の総会演説者として「整形外科の進歩とクリュッペルハイム」という講演を行い、全国にラジオ放送した。これが大きな反響を呼び、11月の朝日講堂での講演は入場できない人が出るほどの盛況となる。

1937年7月、北京郊外の蘆溝橋で日本軍と中国軍とが衝突し、日中戦争が始まった。高木は、これを機に傷痍軍人の治療も行うことを掲げた肢体不自由者療護園建設委員会を結成し、企業125社から175万円の寄付を集



図6 整肢療護園の
正門から診療棟を望む
(1942年5月)

文献 13「心身障害児総合医療療育センターのあゆみ」より許諾を得て転載

めた。これを原資として肢体不自由児施設の建設へと進む。

1938年、田代は74歳で逝去し、柏倉は最大の理解者を失う。

1941年、高木は肢体不自由児施設を運営する（財）整肢療護会を設立する。

1942年5月5日、高木は、東京市板橋区（現在の東京都板橋区）に整肢療護園（第1期、**図6**）を開設し園長となる¹⁰。1917年の万年町の調査から25年、ついに実現した肢体不自由児施設であった。21,000坪という広大な敷地に建物は1,950坪である。建物には診療棟（病室・手術室など）、厚生棟（職能訓練部など）、義肢装具研究所などがあった。高木は最高水準の医療によって肢体不自由を克服できることを示すために、定員を105名と少なく設定した。

その後、戦局の悪化に伴い、柏学園は休止状態に追い込まれ、光明国民学校は疎開し、整肢療護園の運営は特殊法人日本医療団に移管される。

1944年3月、高木は中華民国南京政府の行政院長（首相）であった汪兆銘の治療に従事するため名古屋帝大に呼ばれ、そのまま軟禁状態となった。汪兆銘は11月に病死し、高木は帰京した^{11,12}。

1945年3月9日、整肢療護園は東京大空襲によってほぼ灰燼に帰し、存続したのは3年に満たなかった。8月には占領時代が始まる。

4 療育運動の再建 1946年～1952年

1946年5月、高木は整肢療護園の焼け残った看護宿舎で業務を再開する。ところが所有者の日本医療団は看護宿舎を東京都に乳児院として売却し、火災保険金を本部の人件費に流用する。また職員への給料も支払わないため、東京帝大整形外科の医局員は整肢療護園からの撤退を決めた。高木は窮地に立ったが、東京都を動かして購入契約を破棄させ、「療育の灯を絶やせば重大な結果を招くおそれがある」と述べて医局員を説得した。一方



図7 復興期の
整肢療護園職員（1946年5月）

前列左から小池文英（33歳）、堤直温（41歳）
文献13「心身障害児総合医療療育センター
のあゆみ」より許諾を得て転載

で、小池文英（1913-1983、高木の没後に整肢療護園を後継、第5回日本リハビリテーション医学会会長）のように、整肢療護園を積極的に支える医師もいた（図7）。

1947年12月、児童福祉法が公布される。高木は、この法案の草案起草委員であり、第43条の3「し体不自由児施設は、上し、下しまたは体幹の機能の不自由な児童を治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする（筆者注：漢字は当用漢字表によって制限）」を盛り込むことに成功する。この条文は日本における肢体不自由児施設の法的根拠となる。

1948年3月、高木は退官講義「整形外科的療育の根本理念について」を講じる。一方、日本医療団は解散することになり、高木は（財）日本肢体不自由児協会を設立して整肢療護園の受け皿にする。ところが日本医療団の清算人（赤木朝治、元内務官僚）は「日本肢体不自由児協会を整肢療護会の後身と認めない」という見解を示し、時価で買い取ることを

を求めた。高木は、様々な折衝を行い、事態は「日本医療団は整肢療護園の土地建物を国に寄付する」という形で決着した。

1950年、児童福祉法に基づく肢体不自由児施設として、3月に多摩緑成会整育園、4月に群馬整肢療護園が開設される。高木はこれらの開設にも尽力しているが、整肢療護園はまだ再建されない。

1951年、国は整肢療護園を厚生省（当時）に移し、厚生省はその経営を日本肢体不自由児協会に委託する方針とする。9月に上棟式が行われ、10月には児童福祉法に基づく3番目の肢体不自由児施設となる。日本医療団に移管された1943年から8年を経て、高木は日本肢体不自由児協会の会長として整肢療護園の経営に再び関わることになる¹³⁾。

1952年1月、整肢療護園（第2期）の本館落成祝賀会が開催される。空襲による罹災から6年に近い歳月が過ぎていた。整肢療護園の再建にあたり、高木はいくつかの主張をするが、そのうち①国立施設にする、②モデ



図8 整肢療護園での
集団機能訓練
(1952年7月)

画面奥に立つのが高木憲次
東京大学医学部整形外科学教室蔵。
許諾を得て掲載

ル施設にするため収容する患児数は少なくする、③専門職員の養成を行う、などは実現しなかった。しかし集まった職員の士気は高く、後年の理学療法士の仕事を若手のマッサージ師が、作業療法士の仕事を看護婦・保母が引き受ける形で、日本での草分けの施設となっていく(図8)¹⁴⁾。

5 高木と柏倉の晩年 1953年～1964年

1957年、光明学校は東京都立光明養護学校となり、創立25周年記念式には高松宮同妃両殿下が学校を訪問する。

1958年、柏倉は柏学園を閉鎖し、38年にわたる活動を終える。児童福祉法の規定から肢体不自由児施設は病院であることが求められ、柏学園には法人資格が与えられなかったことが一因であった。

1960年、整肢療護園に研修棟が竣工し、全国からマッサージ師・看護婦・保母などが集まり、技術を習得するコースが設けられる。

1963年4月、高木没(74歳)。9月、日本

リハビリテーション医学会創立。

1964年11月、柏倉没(82歳)。

3人の夢が残したもの

田代、柏倉、高木の3人が抱いた「手足不自由な児童に自活の道を与えたい」という夢は、日本に養護学校と肢体不自由児施設という2つの社会的な仕組みを残した。

3人はそれぞれに目標を定め、実現に向けて努力したが、社会の理解を得ることに腐心している。柏倉の柏学園は、その存在自体が肢体不自由児の療育という課題について大きな啓蒙効果を発揮した。また、田代は光明学園の開設にあたり、参与した福島正(1902-1979、整形外科医)に、「手術を行って結果が悪いと事業の前途に障害になる」と念を押している。一方、高木は日本医学会総会講演(1934年)で肢体不自由児を「智能は健全なもの」、「整形外科的治療により生産的に国家社会に尽すことができるもの」と定義した。

例示したのはポリオや先天性股関節脱臼であり、スライドと映画フィルムを切れ目なく見せることで、聴衆に治療効果を強く印象づけた。肢体不自由児施設の有用性を訴えるうえでは優れた方法であったと思われる。

最後に、柏学園で学んだ生徒（永井 明、1921-1979）が後年に書いた童話「終りのない道」¹⁵⁾を紹介したい。この本では、柏倉は杉野先生、柏学園は杉野学園として登場し、柏倉夫妻は「おとうさん先生、おかあさん先生」として生き生きと描かれている。物語の最後、老いた杉野先生は「杉野学園は失敗ではなかったか。小児麻痺（筆者注：脳性麻痺）という病気は、わたしが考えている以上におそろしいものだった。手術も気休めにすぎな

い。」と話している。学園に在籍した生徒の大半が、両親の没後に自活できなかったことを語る場面である。柏学園の記録をみると³⁾、生徒には脳性麻痺・小脳性失調症・脳炎後遺症などの患児が多かった。これらの疾患の予後を考えると、柏倉がいかに頑張っても、自活の道を与えることは無理であったと思われる。柏倉が力尽きた時から50年以上が過ぎた現在、医学はどこまで進歩したのだろうか。

本稿は、リハ医学会50周年企画講演、およびリハ医学に掲載した論文「肢体不自由児の療育—三人の夢」（第48回日本リハ医学会特別講演）を改題、一部改変した。

文 献

- 1) 田代秀徳編：先考遺影。南江堂、1963。
- 2) 田代義徳先生開講70周年記念会：田代義徳先生 人と業績。1975。
- 3) 杉浦守邦：日本最初の肢体不自由児学校柏学園と柏倉松蔵。山形大学教育学部養護教室、1986。
- 4) 田波幸男編：高木憲次 人と業績。日本肢体不自由児協会、1967。
- 5) 東大整形外科百周年事業委員会：東京大学整形外科学教室百年史。東京大学医学部整形外科学教室、2008。
- 6) 宇野美恵子：教育の復権。国際書院、1990。
- 7) 杉浦守邦：初代光明学校長 結城捨次郎。東山書房、1991。
- 8) 松本昌介：竹澤さだめ。肢体不自由児療育事業に情熱を燃やした女医。田研出版、2005。
- 9) 村田 茂：肢体不自由教育の歴史。肢体不自由・病弱教育（猪岡 武・他編）。実践障害児教育シリーズ 3。教育出版、1982。
- 10) 整肢療護園：整肢療護園のあゆみ。1961。
- 11) 名古屋大学医学部整形外科学教室同門会（名整会）：名倉重雄伝。1990。
- 12) 上坂冬子：我は苦難の道を行く。汪兆銘の真実。下巻。講談社、1999。
- 13) 「センターのあゆみ」編集委員会：心身障害児総合医療療育センターのあゆみ。心身障害児総合医療療育センター、1992。
- 14) 吉澤敬介：リハビリ。昔ばなし。豊島区医師会会報100：18-27、2000。
- 15) 永井 明：終わりのない道。日本キリスト教児童文学全集10。教文館、1984。



沿革

History



日本リハビリテーション医学会 創立とその後の歩み

公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会顧問
元東京大学教授
上田 敏



はじめに

日本リハビリテーション（以下リハ）医学会創立 50 周年の記念すべき年にあたり、創立に直接関与した者の一人として、当時の事情を時代的背景を含めて述べるとともに、その後の学会の歩みのうち、組織的に大きな意味をもった社団法人化、また学会が開催した最初の国際会議であった第 8 回国際リハ医学会（IRMA VIII, 1997, 京都）について述べることにしたい。

50 年前の日本—現代的リハビリテーション医学が生まれた「記念すべき年 1963 年」

2013 年に立って振りかえると、50 年前の 1963(昭和 38)年は、日本のリハ医学生誕の

年ともいふべき、記念すべき年であった。この年にリハ医学の「三位一体」である「診療・教育・研究」のそれぞれの面で次のような決定的なできごとが起こったからである。

1. 日本リハ医学会の創立（9 月 29 日）〈研究発表と医師教育〉
2. 日本初の理学療法士・作業療法士学校の開校（国立療養所東京病院附属リハ学院，5 月 1 日）〈リハ専門職の教育〉
3. 日本初の大学病院におけるリハ診療部門の開設（東京大学病院リハ部，7 月 1 日）〈大学病院における診療〉

当時は、翌年に東京オリンピックとパラリンピックを控え、新幹線や首都高速道路が急ピッチで建設されていたとはいえ、まだ「豊かさ」など実感できず、やっと戦後を脱したばかりという感じであった。そういう時代に、今から思えばよくこれだけのことができたものである。

幸いなことに、筆者はこの3者のすべてに直接関係していた。以下1を中心にしつつ、時代の雰囲気を感じていただくために、2、3についても簡単にふれていきたい。

1 日本リハビリテーション医学会創立まで—二つの流れが融合して

リハの学会設立の動きは、実は二つの流れが同時に並行していた。

一つは日本整形外科学会のリハ委員会（委員長：水野祥太郎阪大教授）が計画したもので、それまでも整形外科学会総会に並行して、研究会方式で開催されてきた「リハ懇談会」（通称、正式名称は「療育更生医療懇談会」）を母体に、それを発展させて学会としようというものであった。発起人には一応内科の人なども含まれていたが、圧倒的に整形外科の方々が中心であった。

もう一つの動きは「内科系リハ懇談会」で、これは大島良雄（東大物療内科教授）、沖中重雄（同第三内科教授）、勝木司馬之助（九大教授）、木村 登（久留米大学教授）、砂原茂一（国立療養所東京病院院長）、服部一郎（九州労災病院内科部長・リハセンター部長）の6氏を発起人として、将来の学会設立を視野に入れて準備されていたものであった。

この二つを比較すると、明らかに整形外科側が先行しており、内科側ははるか遅れてその後を追っている状況であった。当時は疾患像の大きな転換期で、寿命の延長や高齢化が始まって脳卒中が増加しはじめ、同時に抗生剤をはじめとする治療技術が進歩して、脳卒中の合併症（肺炎等）による死亡が激減して、生命は救われたが麻痺や言語障害が残った患者さんたちが急激に増えてきた時代であ

った。当時、脳卒中はすべて内科の担当であった（脳の外科手術はまだ少なかった）ため、筆者を含め、多くの内科医がリハの必要性を痛感し、学び、手を付け始めていた。しかし、昭和初期の「肢体不自由児療育」以来の長い歴史をもつ整形外科と比べれば、学問的な知識の集積のうえでも、技術レベルの面でも、従事者の数の面でも大きな差があるのは否めなかった。

このように大きな違いがあった2つの流れが、対立に至ることなく、1963年春の大阪での日本医学会総会を機に、大同団結し融合して、一つの「日本リハ医学会」の創立に至ることができたのは、実に幸いなことであった。

(1) 内科系リハビリテーション懇談会の準備

「内科系リハ懇談会」は、前年からの準備の末に、4月4日に大阪で第1回の集まりを行うことが決まっていた。これを準備したのは服部一郎先生と筆者であり、筆者が事務局を担当した。筆者が起草し、沖中先生の校閲、他の発起人のご賛同を経て決定した「内科系リハビリテーション懇談会（仮称）開催についての御案内」は次のようなものであった。

「前略 ようやく春の訪れの近さを感じさせる季節となりましたが、先生には御健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、近年内科領域においてもリハビリテーションへの関心が次第にたかまってきております。失われた機能の回復と残された機能の最大限の発揮を通して、あるいは慢性疾患の適切な管理によって、患者を意義ある社会人として復帰させるというリハビリテーションの理念その

ものは医学の歴史とともに古いものでありますが、それが明確な目標として追求されるに到ったのは比較的近年のことです。わが国においても整形外科学の分野ではすでに大きな進展がみられているにも拘らず、他の領域での発展にはなお不十分なものがあつたかに思います。しかし近年の慢性疾患の増加、また老人病ないし成人病対策の重要性が広く認識されるにつれ、内科その他の分野でもリハビリテーションの必要性が痛感されるに到りました。また厚生行政の立場からも大きな課題として取上げられはじめております。

このような時、従来それぞれの分野でリハビリテーションに取り組んで来られた方々の間に緊密な連絡と協力の態勢を確立し、力を合わせてこの課題に対処することが必要ではないかと考えます。

そのため差当たり私共が発起人となって、今春の医学会総会の機会に懇談会を開催し、今後の連絡の方法、知識・経験の交流、その他の問題につき御相談をお願いしたいと思います。なお狭い意味の内科に限らず、小児科、精神医学、耳鼻科（言語療法）その他関連深い分野の方にもお集まり願いたいと考えております。

将来整形外科領域との協力・提携は当然必要と考えますが、今回は一応内科系内部での連絡強化を目的として集り、今後のことはその席でご相談したいと思います。

以上の趣旨をおくみとりの上、是非先生の御参加をお願い申し上げます。」

この「御案内」を、できるだけ広い範囲、それも内科系（広義）だけでなく、整形外科系のリハ関係の主だった方々にも「ご参考ま

でに」としてお送りした。整形外科中心のリハ学会の計画も伝わってきていたので、中心人物の水野祥太郎教授には特に丁寧な手紙とともにお送りした。

水野先生からは、日本医学会総会準備のお忙しいなかを、「二つ別個にやる必要はないと考えます」という趣旨の短いお返事をいただいた。それには丁寧に「お忙しい中をお手紙有難うございました。ご意見は発起人にお伝えします」とお返事したが、内心では「この意味は、『そちらはやめろ』という意味か、『一緒にやろう』という意味か?」とはなはだ不安であった。

(2) 整形外科側の学会設立発起人会

内科系リハ懇談会の発足2日前の4月2日、当時大阪市中之島にあった阪大医学部講堂で、日本整形外科学会主導による「リハ学会」の設立発起人会が、水町四郎氏（関東労災病院院長、前横浜市大教授）の座長で開かれた。この学会設立計画を推進してきた水野先生は、医学会総会の委員として多忙で、欠席されていた。

筆者は当時31歳で、東大沖中内科に籍をおきつつ、数年前から浴風会病院（東京都杉並区）で高齢者（脳卒中など）のリハに取り組んでいたが、傍聴者として、階段教室の上のほうで、服部一郎先生とともに、手に汗を握って成り行きを見守っていた。短い議論のあとに、満場一致で、整形外科主導の「リハ学会」の設立が決議され、水町座長が「これをもってリハ学会の設立が決定されました」と宣言した。

その瞬間、筆者はシンシンと地の底に引き入れられていくような絶望感にとらわれたの

を鮮明に記憶している。「とうとう来るべきものが来てしまった」（怖れていた最悪の事態が現実化してしまった）という思いが一気に押し寄せてきたのであった。

ところが意外なことに次の瞬間、座長の宣言の後一息おいたところで、発起人の一人から手が上がり、「内科のほうでも学会設立の動きがあるそうですが、それとの関係はどうなんでしょうか」という質問があり、それをきっかけに事態は一変したのである。水町座長は、まるでそれを待っていたかのように、「その点については、今日ちょうどこの会場に九州労災の服部先生がお見えになっておられますから、お話を伺いたいと思います」と言って、服部先生を指名したのである。服部先生は立ち上がり、「内科系リハ懇談会」の趣旨や発起人メンバーなどを説明し、「できることなら整形外科と内科系が手を結んでやっていきたい」という趣旨のことを述べられた。

そうすると雰囲気が一変し、「それがいい」「そうしよう」という発言が相次いで、あれよあれよといううちに先程の決議は破棄され、整形外科側と内科側とが一致協力して、学会設立に向かうことが決議されたのである。筆者はまるで狐につままれたような気持ちであったが、さっきまでの絶望感にうってかわって大きな喜びと達成感につつまれたことはいうまでもない。

今にして思えば、水野祥太郎先生の英断で、「二つの流れを一緒にする」という大方針はすでに決まっていたのであり、おそらく何らかのルートで服部先生にも伝えられていたのだと考えられる。いわばシナリオどおりの成

り行きだったのであり、それを知らない筆者だけが真剣に一喜一憂していたのであった。

(3) 内科系リハビリテーション懇談会

4月4日の大阪での内科系リハ懇談会は砂原先生の司会で行われ、150人ちかくの参会者を得て盛会であった。発起人がこもごもリハの重要性を語り、参会者からも活発な発言があいついだ。整形外科学会側からも多田富士夫氏（緑成会整育園園長）がオブザーバーとして出席され、協力して日本リハ医学会を設立することが合意された。

(4) 学会発足の実務的な準備

このように、2つの会で基本的な合意が確認され、「2つの流れ」の合流が決まった後は、必要なのは実務的な打ち合わせだけであった。整形外科側、内科側それぞれ3名の打ち合わせ委員が選ばれ、東京で何回か会って会則や人事を詰めていった。整形外科側には小池文英先生（整肢療護園園長）、多田富士夫先生がおられた。内科側には服部先生、芳賀敏彦先生（清瀬リハ学院学院長補佐）がおられ、筆者も若輩ながらその一人であった。

なお、この準備の過程で、新学会名が、それまで整形外科・内科のどちら側でも単に「リハビリテーション学会」とだけいていたのが、「日本リハビリテーション医学会」となったのは実は重要な変化であった。「リハ」か「リハ医学」かは、たった2字だが、大きな違いである。これは「リハ」は本来総合的な事業で、「リハ医学」はその医学面を担う学問であることが理解された結果であった。

(5) 日本リハビリテーション医学会創立総会

このような経過をへて、1963年9月29日、当時東京文京区本郷の東大赤門脇の構内にあ

った学士会分館（2010年閉館）で「日本リハビリテーション医学会」創立総会が開かれたのである。

これは、リハに関係する医学の全科を含む100人の発起人（うち世話人12人）が呼びかけたもので、64名が出席して行われた。会は学会創立を決議し、会則を決定し、水野祥太郎氏を初代会長に選出した。

他の役員は、監事2名（相沢豊三、天児民和）、常任理事2名（小池文英、小林太刀夫）、理事7名（大島良雄、沖中重雄、勝木司馬之助、砂原茂一、多田富士夫、稗田正虎、水町四郎）、幹事5名（石川中、上田敏、佐々木智也、津山直一、松本淳）であった。発起人100人は全員評議員となった（幹事を除く役員全員を含む）。なお、幹事を含む17人の役員のうち筆者は最年少であり、また唯一の現存者である。

評議員の専門別内訳は、整形外科33名、内科・神経内科37名、小児科5名、精神科8名、外科8名、言語療法4名、眼科1名、耳鼻科1名、公衆衛生・行政3名であった。

会員数についてみると、1964年5月15日当時494名、うち医師以外は10名であった。なお同年7月12日に大阪で行われた第1回総会（水野祥太郎会長）時の会員は544名（うち医師以外10名）、1965年4月10日の第2回総会（東京、大島良雄会長）時の会員は762名（うち医師以外21名）であった。

2 清瀬のリハビリテーション学院 —「役人らしからぬ役人」の力で

この年、1963年5月1日には、国立療養所東京病院附属リハ学院（東京都清瀬町：現清瀬市）が、日本の理学療法士・作業療法士

の最初の教育機関として開校した。学院長は砂原茂一病院長であった。

実はこの学校は、一人の「役人らしからぬ役人」の理想と長年にわたる努力が実を結んだものであった。それは大村潤四郎医師で、当時は厚生省医務局国立療養所課長であった。大村氏は1954年にWHOフェローとしてイギリスの社会保障制度・施設を視察したが、おそらくその時に、リハと理学療法士・作業療法士の必要性を痛感されたのだと思われる。

1957年に大村氏の提唱で、厚生省内に部局横断的な私的研究会である「リハビリテーション研究会」が設立され、彼はその座長となった。この研究会には多くの志をもつ人々が参加し、また育った。

1961年の厚生白書はリハ技術者の養成の必要性にはじめてふれ、1962年、白書はさらに踏み込んで、「リハビリテーション対策を整備するにあたって、最も基本的なものは、専門技術者の確保である。医師、看護婦のほか機能訓練士、職能療法士、言語療法士、心理療法士、社会事業担当者などの専門技術者を確保し、リハビリテーション施設に配置することは、リハビリテーション施設運営のための必須条件である・・・もっと根本的に専門技術者の養成訓練計画を検討しなければならない段階に来ている」と述べている。ここに「リハビリテーション研究会」の影を見てとることができる。

決定的だったのは、1962年6月に、リハビリテーション研究会が代表大村潤四郎の名で、厚生大臣あての中間報告書「医学的リハビリテーションに関する現状と対策」を出し

たことである。それは、機能療法士（理学療法士）・作業療法士の養成所各 10 カ所、言語療法士養成所 2 カ所を 5 年間に新設する計画を提案したものであった。そして大村氏は養成計画の第一弾として、機能療法士・作業療法士養成施設のための予算を大蔵省に対して請求した。彼の熱意と、池田内閣の社会保障予算の増額方針によって、昭和 38 年度政府予算のなかに 4000 万円という、当時としては破格のものが承認された。大村氏は「一刻も早く」と考えたのであろう、急遽各種の準備がはじまり、1963 年 4 月に入学試験、5 月 1 日の開学式・入学式という異例の発足となったのである。

この学院は 3 年制の各種学校であったが、大村氏たちが WHO、WCPT（世界理学療法連盟）、WFOT（世界作業療法士連盟）などの国際機関・専門職団体と連携をとりつつ検討を重ねたものだけに、最初から世界水準に合致する教育を目指していた。これらの連盟の基本姿勢は「理学療法士の教育は理学療法士の手で」「作業療法士の教育は作業療法士の手で」というもので、基礎・臨床医学は医師が教えてもよいが、理学療法・作業療法の専門科目と実習は理学療法士・作業療法士の手によることを最低基準として求めている。こういう教育を受けた人（あるいはその団体）でなければ国際的な連盟への加盟が認められなかったのである。

当時の日本には有資格者はほとんどいなかったもので、窮余の策として、当時はまだ首都圏にかなりあった米軍基地の病院に勤務したり、米軍将校の家族として駐留していた有資格者をパートあるいはフルタイムで雇用し、

足りない分は海外から招聘した。「病院長よりも高給らしい」という噂があったぐらいである。明治維新後の「おやとい外人教師」さながらであった。

実習も米軍病院でそのスタッフによって、あるいは日本の病院（東大病院を含む）に有資格者の外国人を派遣するかたちで行った。これは学生にとっては、専門科目は授業も実習指導も、試験もレポートも英語でということであり、これもまるで明治維新直後のような話であった。

筆者は前述の内科系リハ懇談会のご縁で砂原先生に協力を要請され、開校式にも呼んでいただき、その後約 20 年にわたって講師を務めることにもなる。

3 東京大学病院リハビリテーション部 —すでに 9 年前にその萌芽が

同じ年、1963 年 7 月 1 日に、わが国最初の大学病院におけるリハ医学の診療施設がオープンした。東京大学医学部附属病院中央診療部運動療法室がこれである。これは 3 年後の 1966 年には作業療法室その他を加えて拡大し、中央診療部リハ・センターとなり、さらに 4 年後の 1970 年には独立してリハ部となり、現在はリハ科・部となっている。

「東大病院にリハ診療部門を作りたい」というのは、筆者の以前からの「悲願」であった。そもそも筆者がリハ医学を生涯の仕事と定めたきっかけは、大学病院で多くの神経疾患の患者を診ていて、当時の神経疾患の治療の無力さに深刻な疑問を抱いたところであった。1960 年以来、浴風会病院での「手探り・手作りのリハ」の経験を重ね、それなりの手ごたえを感じるようになるにつけても、大学

病院の患者さんにもリハの恩恵に浴させてあげたい、そこでやることで学問も技術も一層進歩するだろう、という気持ちがますます強くなっていった。

そのような時、1962年の暮れに、以前からリハに理解があり、筆者を励ましてくださっていた樫 忠雄先生（脳研究所臨床部門助教授、後に新潟大学教授、新潟水俣病の発見者）が「脳研究所の予算の一部を割いてリハの機器を買ってあげてもいい」とおっしゃってくださいだったのである。願ってもない話であったが、どこに置いてどう使うかが大問題であった。

思いあまって、1963年2月5日に中央診療部に榎田良精副部長（後に部長、関東中央病院長）を訪れ、ご相談した。そうすると驚いたことに、以前から中央診療部門にリハを含める計画があったので、その予定地の一部を開放してもよいという、素晴らしい話に進展したのである。

後に東大リハ部15周年記念誌（1978）¹¹に榎田先生ご自身が書いておられるところによれば、次のようであった。

「ある日上田 敏医師が突然検査部長室を訪れ、空いている廊下の一部を患者の運動療法に使わしてほしいとの希望が出された。この時、私は理学療法室などの青写真を示して、中央診療部の未完成建物部分にリハビリテーションの予定地があることを説明した。初耳だった若きドクターは非常に喜び、その早期実現を希望した。この青写真は昭和29年から30年にかけて作成した中央診療施設の計画図面である。物療内科や整形外科の一部の先生方と相談して東大

工学部吉武研究室のメンバーに作っていただいたものであるが、一部の関係者以外はほとんど忘れかけていた。今になって東大リハ部のルーツをさぐれば、この時に前進への点火が行われたのである。リハ創設への熱意のある専門家の出現を待っていた私は、万難を排してこの仕事に力を入れることになった。」

このように、驚くべきことに、1954年という、当時からみて9年も前に、すでに大学病院にリハ診療部門（当時は「物理療法部」）を置くことが必要だと考えられ、「医療の近代化」を目指す先駆的な医師（榎田）と病院建築の専門家（吉武泰水工学部教授〈後に神戸芸術工科大学初代学長〉とその弟子）の間で計画が進められ、マスタープランまで作られていた（予算の関係で着工は遅れていたが）のであった。「どこにでも先見の明のある人たちがいるのだな」という感を深くしたものである。

こうして榎田先生のご尽力で内装のための予算もとれ、現実に4月から、予定地南側の日当たりのよい場所に「運動療法室」の内装工事が始まり、7月の開設に至ったのである。これが実現する過程では榎田先生はもちろん、樫 忠雄、津山直一（整形外科助教授）、佐々木智也（物療内科助教授）の諸先生に大変お世話になった。

このようにして実現した「運動療法室」は、まことに小さな、ささやかな出発点であったが、その後、全国の多数の大学に診療部門・講座が設置されることの契機にはなった。

また当時は「温泉地リハ」全盛の時代であったが、小なりといえども「都市型（居住地

近接型)リハ」の旗をかかげたという意義も決して小さくはなかったと思われる。

4 補遺—学会設立時に高木憲次氏は

この節の最後に、話を学会発足の時点に戻して考えてみたいことがある。それは、この年9月の学会設立時の役員のかなかにどうして高木憲次氏(東大整形外科名誉教授)の名前がなかったのかということである。会則には「名誉会員」の規定があったので、高木氏は(たとえ会長や理事ではないにせよ)当然、名誉会員にはなるべき方であった。

実は「療育の父」であり、「日本のリハの先駆者」であった高木氏は、この年の4月、学会創立の動きがはじまった当時にはご存命であった。氏は6年前(1957年)の脳卒中による右片麻痺と言語障害をご自分で克服され、社会活動を再開しておられたのである。しかし、氏はこの年の4月8日、すなわち先に述べた2つの会の直後に、2度目の脳卒中発作で倒れて東大病院に緊急入院され、意識回復のないまま4月15日にその74歳の生涯を終えられたのであった²⁾。

このように「記念すべき年1963年」が高木憲次氏のご逝去の年でもあったこと、今年2013年が高木氏ご逝去50周年でもあることは象徴的である。たしかに、1963(昭和38)年に一つの時代が終り、一つの新しい時代が始まったのであった。

日本リハビリテーション医学会の 社団法人化

話は急に4分の1世紀あまり後の1989(平

成元)年に跳ぶ。この年の学会機関誌「リハ医学」(当時は年6冊発行)に津山直一理事長名の同年8月1日付けの会告「社団法人の設立について」が掲載されたのである³⁾。短いので全文を引用する。

「昭和58年以来懸案となっておりました本学会の社団法人の設立が、8月1日付けで文部大臣の許可がおりました。これもひとえに会員各位のご支援のお蔭と感謝しております。

今後本学会としては、組織面並びに財政面で基盤を強化して、増大する社会的要請に応えるべく、公益法人*としてより一層の努力をしていきたいと存じますので、会員各位の倍旧のご協力をお願い申し上げます。」

なお、文中に*をつけて示した「公益法人」について一言加えたい。当時は社団法人に現在のように「一般」「公益」の別はなく、社団法人・財団法人は共に公益性をもつものとされ、「公益法人」と呼ばれることも多かったため、その意味の表現である。その後、2008年12月施行の民法改正によって社団法人にも財団法人にも「一般」「公益」の別が生じ、現在、日本リハ医学会は「公益社団法人」となっている。

1 法人化問題のはじまり

ここで「昭和58(1983)年以来の懸案」とは、学会法人化の問題が6年前からの懸案であったことを示しているが、実は学会の公式の場で「社団法人化」の必要に初めてふれられたのは、1982年6月10日の第19回学会時の役員会・評議員会・総会においてであった。

すなわち各種委員会報告のなかで、佐々木智也会則検討委員会委員長（前会長）は委員会の計画として「法人化の必要に迫られて来た昨今、次年度はその具体化を検討する予定」と述べていたのである。

これが委員会の検討をへて、正式に提案され了承を得たのが、次年度の第20回学会時の役員会・評議員会・総会においてであった。ついで1984年の第21回学会時の役員会・評議員会・総会では法人化に必要な基金を（企業からの寄付ではなく）会員からの募金で集めることが提案され承認されている。

【法人化の必要性】

佐々木氏は「法人化の必要に迫られる」事情について、1985年3月の学会誌エディトリアル⁴⁾で次のように詳しく述べておられる。

「・・・日本リハビリテーション医学会は・・・他の日本医学会分科会と比較すれば、象牙の塔にとじこもることは避け、社会性と公共性とを併せ持った学会である。・・・学会がこれまで継続的に行ってきた事業（下表）は、学会として当然の会誌発行、学術集会開催などを除き、極めて公共性、公益性の高い項目を示している。その内容を整理してみても、本学会の活動の社会的、公共的性格を改めて認識した次第である。中でも、1.の口。は厚生省社会局の委託により社団法人日本整形外科学会との共催、八。は厚生省健康政策局の委託、3.は通産省工業技術院からの委託研究であり、法人格のない任意団体としては異例の活動である。また、専門医・認定医の認定にしても、内容が立派であるのに任意団体の認定では重みに欠ける憾みがある。す

なわち・・・社会的責任を果たすために法人格を取得して公共的な活動の基礎を固めなければならない時が正に到来したのである。・・・

幸いなことに、最難点の一つと考えられていた法律問題については、法曹界の実力者である三ヶ月章東大名誉教授の全面協力が得られ、明るい見通しが得られた。他の難点である基本財産などの資産形成については、関連する業界の援助を受けるかいなかで悩んだ。役員会では、リハビリテーションの精神は独立自尊であり、会員からの募金で資産をつくり、企業に依存すべきでないとする正論が大勢を占め、昨年第21回総会でも承認された。会員の皆様からの募金で多大のご負担を強いしたが、多数のご賛同が得られ、心から感謝すると共に、今後一段の発展を期している。」

2 学会法人化基金の募金

佐々木氏のこのエディトリアルが載った同じ号にはすでに、学会法人化基金募金への応募者の第1次リストが掲載されており⁵⁾、1985年2月27日までの応募者664名の名が連ねられている。約半年の募集期間中に、当時2,682人であった全会員中の4分の1近くが募金に応じたことになる。これはさらに第2次（同年9月25日まで）574名⁶⁾、第3次（1986年4月8日現在）23名⁷⁾と続く。このように、1年半ほどの期間に計1,261名、会員の半数近くが募金に応じたわけである。

その結果、社団法人化のための基金（「法人設立積立金特別会計」）は会員の募金を中心に、一部学会編集の図書（『リハ白書』『義肢装具のチェックポイント』など）の印税も加え、最終的に4,600万円近い額となった（¥

表 日本リハビリテーション医学会の公共活動

1. 教育活動
 - イ. 医師卒後研修会の開催
 - ロ. 義肢装具適合判定医研修会の開催
 - ハ. PT・OT 養成施設等教員講習会の開催
- 二. 関連団体教育活動の後援
- ホ. リハビリテーション医学教育用サウンドスライドコレクションの編集・発行
2. 専門医・認定医の認定
3. 福祉機器の開発と研究
4. リハビリテーション広報活動, リハビリテーション白書の編集

45,978,560)⁸⁾. これを募金に応じた会員数で機械的に割れば, 一人当たり実に 36,000 円を越える額となる. 学会法人化への会員の理解と熱意はこのように高かったのであり, この節の冒頭に紹介した津山理事長の「これもひとえに会員各位のご支援のお蔭と感謝しております」という言葉が単なる常套句ではなかったことがわかる.

3 社団法人日本リハビリテーション医学会設立総会

こうして一見順調に滑り出した法人化への動きであったが, ほぼ募金が終了してからでも最終の法人化認可までに 3 年余を要したことからもわかるように, さまざまな書類の準備, 文部省との折衝には多大の時間を要した. この間に東大名誉教授であり弁護士でもあった三カ月 章氏には懇切なご指導をいただいた. 筆者も幹事の一人として, 佐々木委員長のお供をして何回か三カ月先生をお訪ねしたものである.

こうして思わぬ時間を要したが, ようやく文部省担当官の内諾も得られ, 最後の手続きとして, 社団法人日本リハビリテーション医学会設立総会が第 26 回学会 (今田 拓会長, 1989 年 5 月 31 日～6 月 2 日, 仙台) の際に, 通常の総会に引き続いて開催された. 会議は今田会長が議

長となり, 以下の諸点が満場一致で承認された⁹⁾.

- 1) 日本リハ医学会を発展的に解散して, 社団法人日本リハ医学会を設立する.
- 2) 定款・同施行細則を定める.
- 3) 一切の権利義務・財産を文部大臣の設立許可の時点で新組織が継承する.
- 4) 設立後 3 年間の事業計画並びに収支予算
- 5) 役員: 理事 (理事長): 津山直一, 理事 (常任理事): 横山 巖, 上田 敏, 大川 嗣雄, 理事: 明石 謙, 今田 拓, 岩倉 博光, 緒方 甫, 佐々木智也, 高橋 勇, 中村隆一, 米本恭三, 監事: 祖父江逸郎, 野島元雄
- 6) 評議員: 現評議員が移行
- 7) 会員および事務職員: 全員が新組織に移行
- 8) 設立代表者: 津山直一氏を選任
- 9) 議事録署名人: 上田 敏, 横山 巖

こうして, この設立総会の議事録を含めた各種の書類を設立代表者津山直一先生の名で文部省に提出し, 同年 8 月 1 日付けで文部大臣の設立許可をいただいたのである.

こうして, 日本リハ医学会の現在に至る発展のための確固たる組織的基盤が, 会員の強

い支持のもとに築かれたのであった。



第8回 国際リハビリテーション医学会

1997(平成9)年8月31日～9月4日の5日間にわたり、京都国際会館で第8回国際リハ医学会(The 8th World Congress of the International Rehabilitation Medicine Association, IRMA Ⅷ)が開催された。(社)日本リハ医学会が主体であったが、かたちとしては、(財)日本障害者リハ協会、日本学術会議との共催であった。

これは日本リハ医学会としては初めて取り組んだ国際学会であり、日本で開催されたりハ関係の国際会議としても、第3回汎太平洋リハ会議(1965年4月13～17日、東京)と第16回リハ世界会議(1988年9月5～9日、東京)に次ぐ3番目のものであった。ただこれら2つの会議は、いずれもRI(リハ・インターナショナル)関係(前者は地域会議、後者は世界会議)のもので、教育、職業、社会などのリハ各分野をも含めた総合的な会議であったので、リハ医学に特化し、さらに学術研究を主としたものとしてはこれが最初であった。

1 リハビリテーション医学の 国際学会の歩み

リハ医学の国際学会には実は二つのものが並存していた。古い順に国際物理医学・リハ連盟(International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation, IFPMR, 1952年創立)と国際リハ医学会(IRMA, 1970年創立)である。前者は各国の学会の連合組

織で、1国1学会だけしか加入できず、日本ではすでに日本温泉気候物理医学会が加盟していた。後者は個人加盟の国際学会で、医師であれば誰でも加入できた。内容的には前者はドイツ・フランス的な、やや古い物理療法(温熱・水治・電気)の影響がまだかなり残っており、後者はほぼ近代的なりハ医学に統一されていた。どちらの学会も4年に1回の開催で、それが2年ずれているので、2年おきに国際会議がある勘定になり、筆者は第3回IRMA(バーゼル, 1978)以降1回を除いてほぼ毎回両者に参加し研究発表を行っていた。

2 日本開催決定まで

筆者は国際学会に参加するにつけて、わが国のリハ医学が量・質ともに世界の先進国の水準に達しているのに、それがあまりにも世界に知られていないことを残念に思うようになった。そしてそのような状況を打破する一つの方法として、日本での国際会議開催を考えるようになっていった。

プエルトリコでの第4回IRMA(1982年)で、第5回IRMA(マニラ)組織委員長のレイエス博士(Dr. Tyrone M. Reyes)と知り合いになり、彼から「日本にプロモーションに行きたい」という話があったので、1985年の第22回リハ医学会(宇都宮)の高橋勇会長にお願いして、「外人講演」として“IRMA V-Too good to miss”という題で話していただく機会を作った¹⁰⁾。また1986年2月のIRMA Vは、マルコス大統領追放に至るマニラの“People's Power”運動の最中で、欧米からの参加者が少なかったなかを、日本人

は万難を排して多数参加した。その時の IRMA 理事会で、次期（1986-1990）会長となったレイエスが筆者を副会長に推してくれた。日本に IRMA を呼ぶという気持ちが固まったのはその頃である。

そうして 1987 年、筆者が第 24 回日本リハ医学会の会長をつとめた際に、レイエス IRMA 会長をラウンドテーブル・ディスカッションの演者として招き、また彼の臨席のもとに有志による「IRMA 日本支部」を設立した。

そうしてリハ医学会にも相談しながら 1990 年のマドリッドでの IRMA VI の際の IRMA 理事会に正式に立候補し、複数の候補国の中から仮決定として日本一つに選ばれ、次の年のワシントンでの理事会に開催計画明細（組織委員会名簿、予算等）を提出して、ようやく正式決定にこぎつけたのであった。

組織委員会は、津山直一名誉組織委員長のもと、筆者が組織委員長をつとめ、千野直一事務局長、明石 謙財政委員長、中村隆一プログラム委員長、石神重信組織運営委員長などをはじめ、全 31 名で、その下に各種委員会のメンバーが二百数十人という大規模なもので、まさに学会の総力をあげての取り組みであった。

3 IRMA VIII, 京都, 1997

その後の経過について詳しくは、学会誌をご参照いただきたい^{11,12)}が、1997 年、IRMA VIII は世界の 55 カ国から約 1,800 名（海外約 700 名、国内約 1,100 名）の参加をえて、盛大に開催された。心配されていた財

政問題は、津山直一先生のご発案で、法人化の場合と同様に会員各位の絶大な醸金をいただき解決した。

学会の内容は総会講演 5、教育講演 26、シンポジウム 36、パネルディスカッション 5、ワークショップ 2、セミナー 6、特別プログラム（OT シンポジウムと ST シンポジウム）11、一般演題 683（口演 377、ポスター 306）と非常に充実していた（詳しくは文献 13 参照）。

4 ISPRM(国際物理医学・リハビリテーション医学協会)の発足—更なる国際化へ

実はこの間、1994 年頃から IRMA と IFPMR の 2 つの国際学会の統合の動きが始まり、種々協議の末、IRMA については日本での第 8 回（1997 年）を最後とし、IFPMR についてはワシントンでの第 13 回（1999 年）を最後として、1999 年に 2 つの組織が合体して個人加盟・団体加盟の両方を認める「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, ISPRM）が発足するはこびとなった。これは 2001 年アムステルダムで第 1 回学会を開き、その後 2 年おきに世界各地で開催されるようになっている。

この間に日本のリハ医学界は質・量ともにますます充実してきている。一層の国際化のために ISPRM の日本誘致をぜひ実現させたいと願いつつ、この歴史回顧の小文を終わりたい。

なお、以上に述べた諸点について、より詳しくは拙著をご参照いただければ幸いです¹⁴⁾。

文 献

- 1) 東京大学医学部附属病院リハビリテーション部：東大リハビリテーション部 15 周年記念誌, 1978, pp2-3.
- 2) 日本肢体不自由児協会編：高木憲次一人と業績, 1967, p199.
- 3) 津山直一：社団法人の設立について, リハ医学 26(4)：213, 1989.
- 4) 佐々木智也：エディトリアル 日本リハビリテーション医学会法人化, リハ医学 22(2)：23, 1985.
- 5) 日本リハビリテーション医学会法人化基金募金協力者, リハ医学 22(2)：122-123, 1985.
- 6) 日本リハビリテーション医学会法人化基金募金協力者 (その 2), リハ医学 22(5)：320-321, 1985.
- 7) 日本リハビリテーション医学会法人化基金募金協力者 (その 3), リハ医学 23(3)：161, 1986.
- 8) 第 27 回日本リハビリテーション医学会理事会・評議委員会・総会・議事録, リハ医学 27(6)：495, 1990.
- 9) 第 26 回日本リハビリテーション医学会理事会・評議委員会・総会・社団法人設立総会議事録, リハ医学 26(4)：311-318, 1989.
- 10) TYRONE M. REYES：IRMA V：Too good to miss! リハ医学 23(1)：8, 1986.
- 11) 上田 敏：第 8 回国際リハビリテーション医学会 (IRMA) 世界大会 (1997) の日本開催決定にあたって, リハ医学 29(3)：183-184, 1992.
- 12) 上田 敏：第 8 回国際リハビリテーション医学会 (IRMA VIII) の日本開催 (1997 年) について, リハ医学 30(10)：701-702, 1993.
- 13) 上田 敏：国際リハビリテーション医学会第 8 回世界大会を終えて, リハ医学 34(11)：731-732, 1997.
- 14) 上田 敏：リハビリテーションの歩み—その源流とこれから, 医学書院, 2013.



日本リハビリテーション医学会の 誕生と障害者福祉

獨協医科大学名誉教授

高橋 勇



はじめに

1945年8月、わが国は第二次世界大戦に敗戦。ポツダム宣言を受諾して無条件降服し、連合軍の占領下におかれた。東京に総司令部（GHQ）がおかれ、実質的には米国の独占管理によって全面的に占領政策が推進されはじめた。

当時、日本はどこもかしこも荒廃しきっていた。深刻な住宅難、食糧不足、結核や急性伝染病の蔓延など国民の生活、衛生状態は極悪だった。しかし爆弾が落ちてくる心配がなくなり、徹底した平和主義に基調を変えた日本国憲法（1946年）が公布されるなど、国民はなんとか心の平和を取り戻し、厳しい生活ながらも復興の兆しをみせはじめていた。

医療制度は次々に改革されはじめ、麻酔科の新設、看護婦勤務三交替制、医師インター

ン制度（1946年）、国家試験制度（1947年）の実施など、明治以来のドイツ方式からアメリカ方式に転換されはじめた。

終戦から6年経った1951年9月、対日講和条約（サンフランシスコ条約）調印、これで第二次世界大戦は終結し、連合軍の占領は沖縄、奄美、小笠原を除いて打ち切られた。しかし、同時に日米安全保障条約が締結され、連合軍は引き続き日本に駐留して各地に基地を設営することになったため、必然的に米国の影響を受け続けることになった。



医療福祉の方向性が定まる

連合軍の占領下に様々な制度改革が行われたことを述べたが、実は医療福祉関係の法律も戦後早々に制定され、日本の医療福祉の方向性が定められたことは特記すべきことであろう。

1 児童福祉法 (1947 年 12 月制定)

児童福祉法のなかに「国および都道府県は、命令の定めるところにより児童福祉施設を設置しなければならない」、「児童を治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることも目的とする」という条文があるが、当初厚生省（当時）は、この法律は戦禍によってもたらされた多数の孤児、浮浪児、不良少年などの保護・育成を直接の目的として、保育所、養護施設、教護院、乳児院などの設置を企画しており、肢体不自由児施設は含まれていなかった。

当時、東京大学整形外科教授であった高木憲次は、法律の草案委員として肢体不自由児を含めるように強く主張した。それが認められ児童福祉施設のなかに肢体不自由児施設が含まれるようになったという経緯がある。

障害児の治療には、医療、教育、職能のいわゆる三位一体の対策をとり、それぞれの機能を備えた施設が必要であることを大正の頃から抱いていた高木の念願がようやく叶い、1942 年、東京板橋に立派な整肢療護園が設立されたが、3 年を経ずして戦禍に遭い消失してしまった。高木はそれに挫けることなく、終戦の翌 1946 年には焼け残った一棟の看護婦宿舎を拠点に再建をなし遂げた。しかし、それはたった 197 坪、収容定員 20 名の小規模なものであった。これでは高木の復興の願いは叶えられるべくもなかった。

幸い児童福祉法の制定によって、肢体不自由児施設が全国各都道府県に設置されることになり、これを契機に厚生省は整肢療護園を全国都道府県施設のセンターと位置づけ、そ

の再建に着手した。1951 年 10 月 1 日付、肢体不自由児協会（会長、高木憲次）が厚生省の委託を受けて整肢療護園を運営することになった。民営から国営として新発足することになったのである。対日講和条約調印の 1 か月後のことであった。

①リハビリテーションという言葉

この言葉をよく耳にするようになったのは、この頃だったと思う。小池文英（後の肢体不自由児協会会長、整肢療護園長）が、国連フェロウシップで肢体不自由児のリハビリテーション（以下リハ）をテーマに米国に留学し、帰国して間もない頃だった。当時、小池は厚生技官であって、時々療護園に顔を見せられていた。その折に研修医だった筆者は先生のご指導をいただいたが、無知蒙昧の筆者に対し、折にふれてリハの初歩から手解きをしてくださったことは忘れることのできない思い出になっている。

米国ではその頃、ポリオが多発していた。日本の流行と違って成人の罹患が多く、また第二次世界大戦によって多くの戦傷者をもたらしてしまったことなどから、障害者対策に大きな関心が寄せられていた。

障害者に対しては、身体機能の回復のみならず、生産能力の獲得を促して tax payable な社会人に復帰させることがリハの目的であり、予防医学、治療医学に次いでリハは第 3 の医学である、というニューヨーク大学ラスク教授の説明が多くに関心を集めていた。

米国において障害者対策に深く関わってきた医療の専門分野は、整形外科、物理医学 (physical medicine) であったが、前述のように社会復帰を目標とすることを明確にする

表1 終戦からのリハビリテーション医学のあゆみ

西暦	和暦	月	
1945	昭和 20	8	終戦. 第二次世界大戦ポツダム宣言受諾 無条件降伏, 連合軍 (実質的には米軍) の占領下におかれる
1946	21	5	整肢療護園 (東京・板橋) 再建 1942年5月5日設立の当園は, 1945年3月10日戦火消失
		11	日本国憲法発布
1947	22	12	児童福祉法制定, 厚生省整肢療護園の再建着手 全国都道府県に肢体不自由児施設の設置計画
1949	24	4	身体障害者福祉法制定, 身体障害者手帳の交付などを定める. 厚生省は全国巡回指導・講演・相談等を開始
1950	25	2	日本肢体不自由児協会 (任意団体) に対し, 財団法人認可 (現 社会福祉法人). 会長: 高木憲次 国際肢体不自由児者協会への日本代表加盟団体となる (現在は, 日本障害者リハビリテーション協会)
1951	26	5	児童憲章制定. 制定委員: 高木憲次
		9	対日講和条約 (サンフランシスコ条約) 調印. 占領終了. 日米安全保障条約を同時締結
		10	整肢療護園, 日本医療団より厚生省へ移管 厚生省は日本肢体不自由児協会に経営を委託 国有民営として新発足. 新築・上棟式
1963	38	9	日本リハビリテーション医学会創立
1964	39	7	第1回日本リハビリテーション医学会開催 会場: 大阪市医師会館 会長: 水野祥太郎 (阪大教授)
1968	43	7	日本リハビリテーション医学会が日本医学会の第56分科会に加盟
1974	49	4	獨協医科大学にリハビリテーション医学講座開設

ために物理医学にリハを付け加えて, physical medicine and rehabilitation となったのは1949年のことであって, リハという言葉が使われるようになったのは米国でもそう古い話ではない。

②日本のリハビリテーション医学

日本のリハ医学には「肢体不自由児の療育」という源流があった。このことについては、高取吉雄の講演「肢体不自由児の療育—三人の夢」(第48回日本リハ医学会特別講演)に詳しい。筆者は戦後、日本リハ医学会設立までの歩みを療育に関連して述べようとしているが、高取の解説と若干重複するところがあることをお断りしておく。

高木は障害児の治療(育成)には、医学的治療とともに教育と職能賦与、すなわち三位

一体の対策が不可欠であり、そのためにはそれぞれのニーズに対応し得る設備をもった障害児施設が必要であることを大正のころから痛感していたが、そのことを1924年、国家医学会雑誌に「クリュッペルハイムについて」と題して発表している。

その翌年(1925年)、肢体不自由という名称を提唱している。障害児が世間では不具だの片輪だのと侮辱的・屈辱的な呼ばれ方をされていた頃で、本人に対する心理的影響が好ましくないことは計り知れないものがあり、このことを深く憂慮してのことであった。

療育という言葉も、この肢体不自由とともに高木の造語であり、昭和20年代に入ってから使われはじめた。それまでは肢体不自由の治療と教育に高木は医治的救護とか医治教

護という言葉を使っていた。リハという言葉が多用されるようになってからは、療育という言葉はリハと同義語のように用いられるようになった。

三位一体の療育は、英語に置き換えてみれば medical, educational and prevocational rehabilitation であって、これはまさに physical medicine and rehabilitation と狙うところは全く同じである。日本におけるリハの源流は療育にありといわれる所以である。しかもその源流は古く大正時代にあった。

2 身体障害者福祉法 (1949 年 4 月制定)

この法律によって身体障害児のみならず成人 (18 歳以上) の障害者に対する法的体系も確立した。高木は中央身体障害者福祉審議会会長として法案の作成に尽力し、また法制定後も厚生省の要望に応え、療育 (リハ) の理念の普及、啓蒙のために率先して全国巡回講演や相談指導を行った。

身体障害者の等級表が本法によって作成され身体障害者手帳が交付されるようになったが、60 年以上経った今日まで改正されることなく続けられている。また更生医療は本法に基づいて行われるリハ医療であり、18 歳未満の身体障害児に対しては児童福祉法に基づく育成医療があることは周知の通りである。

3 児童憲章 (1951 年 5 月制定)

これは法律ではなく宣言であって、児童の基本的人権を尊重し、その幸福をはかるために大人の守るべき事項を定めた道徳的規範である。この第 11 条に「すべての児童は身体

が不自由な場合、または精神の機能が不十分な場合に適切な治療と教育と保護が与えられる」とあるが、この条文の挿入に高木は制定委員として大変尽力した。今となってはこの条文のない児童憲章など考えられないが、この条文の挿入が容易ではなかった当時の厳しさが忍ばれる。

① 肢体不自由児と者

以上 2 法 1 憲章について述べたが、ここで一つ注記すべきことがある。児 (小児) と者 (成人) の関係である。米国では「国際肢体不自由児者福祉協会」というように小児と成人を一緒にしているが、わが国では分けているのが特色である。

当初の整肢療護園 (1942 年) は成人障害者も多数収容し、総合的リハセンターの体制をとっていた。戦後再建した施設にも成人障害者が収容されていた。また前述したように、身体障害者福祉法制定後に高木の指導のもと整肢療護園スタッフが療育 (リハ) の普及、啓蒙のために全国各地を巡回したが、児童福祉法と身体障害者福祉法が制定されたことによって、児者の区別がはっきりなされたということであろう。

② 成人障害者の施設

成人障害者の施設としては、国立身体障害センター、国立視力障害センター、国立視聴力障害センターが合併して、埼玉県所沢市に 1976 年 6 月、国立障害者リハビリテーションセンターが設立されたことは周知の通りである。歴代総長は、若松栄一 (没)、津山直一 (没)、初山泰弘 (没)、中村隆一、佐藤徳太郎、岩谷 力、江藤文夫、そして現在は中村耕三である。

4 日本肢体不自由児協会 — 整肢療護園における研修・研究等

日本肢体不自由児協会は、1948年に任意団体として発足、1950年に財団法人として認可、日本を代表する国際肢体不自由児者協会の加盟団体となる。現在は、社会福祉法人である。

1951年に厚生省の委託を受けて運営されるようになった整肢療護園は、1980年に心身障害児総合医療療育センターと改称。整肢療護園の名はむらさき愛育園とともに医療型障害児入所施設、療護介護施設として残り短期入所、外来療育とともに運営されている。

協会はその他、公的事業と並行して一般市民に対する啓蒙運動、療育キャンプ、各種療育相談、各都道府県肢体不自由児協会との連携による全国的な運動、各種療育関係図書の刊行、各種療育講習会などを行っている。歴代の会長は、高木憲次、小池文英、津山直一、そして現在は坂口 亮である。

以下、整肢療護園における研修、研究等について述べるが、学会設立の頃までのことである。

① 海外研修

小池の米国留学については前に述べたが、その後スタッフの海外研修が実施された。小池の尽力によるところが大であった。

1953年から数年の間、それぞれ6～12か月であったが、WHOフェローシップで医師6名、看護婦1名、医療社会事業員1名が米国及びヨーロッパへ派遣された。

整形外科及びリハビリテーション（山本浩）、医療社会事業（小林イツ）、整形外科看護（里見英子）、職能療法（東野修治）、理学

療法（高橋 勇）、言語治療（田口恒夫）、肢体不自由児の職業的リハ（五味重春、英国、スウェーデン、デンマーク、西独）、リハビリテーション（吉沢敬介）であった。

戦後まだ日浅く、日本では設備もスタッフも甚だ貧困だった。かたや米国はさすがに戦勝国でなにかもが整っていた。スタッフの種類が多く、数も多いのにまずは圧倒された。

当時わが国では、肢体不自由児施設を全県に設置するなどリハを普及すること、そしてリハ医学会を設立することが念願であったが、そのためには各種専門職の養成が急務であった。そのような状況下において、この海外研修は有益であった。

小池は1959～1960年にWHOフェローとして再度留学している。テーマは前回同様、肢体不自由児のリハとして米国、英国、西独、デンマーク、パキスタン、インドネシア、香港、インドを巡った。1965年、東京で第3回汎太平洋リハビリテーション会議が開催されたが、その下準備のためではなかったか、これは筆者の推察である。

ところで、今日ふり返ってみると、医師6名のうち筆者（高橋 勇）以外の方々はみな故人となられている。リハ医学のために多大な貢献をされた方々である。ここに没年と晩年のご所属を記させていただく。

山本 浩（昭45年没、都立北療育園園長）、五味重春（平成18年没、都立医療技術短期大学学長、都立保健科学大学名誉顧問）、東野修二（平成21年没、弘前大学学長、名誉教授）、田口恒夫（平成17年没、お茶の水女子大学名誉教授、児童学科）、吉沢敬介（平成16年没、開業）である。

②医師の研修

医師は医務部長，診療医長，克服訓練医長（学会設立後はリハ医長）の他は，東大，日大，東京女子医大の整形外科から6～12か月交代で赴任，整形外科の研修とともに回復期病棟，訓練病棟，母子指導病棟等で療育（リハ）の経験を積んだ。小児科医（とくに小児神経）が常任していた。

③専門技術者の指導

〔看護婦，理学療法士，職能療法士（作業療法士），言語治療士，児童指導員，保母など〕の指導は個別に行っていたが，1960年度国庫予算で園内に療育技術者養成所が設立されてからは，それぞれ計画的，定期的に講習会が開催されるようになった。当時まだ理学療法士，作業療法士の養成校がなかったので，厚生省の委託による2か月の再教育は有意義だった。養成校（国立清瀬リハビリテーション学院）ができ，卒業生に対し1966年から理学療法士，作業療法士国家試験が行われるようになったが，学卒でない特例受験者に対しては，この2か月の講習が国家試験のために必要な指定講習となった。

④研究発表

肢体不自由児医療研究発表会が1956年以

降毎年開催され，療育に関する代表的研究会になっている。医師を主とする各種専門職のチームワークの研究発表が多い。

当初から5年間の発表が37題あるが，演題に脳性麻痺の病名がみられるものが22題と圧倒的多数で，ポリオはわずかに2題，その他13題についても内容的には脳性麻痺関連のものが多く，肢体不自由児の起因疾患に脳性麻痺の占める割合が目立って増えはじめた時代だった。一時代前にはポリオ，カリエスなどが多かったのだが，リハの対象が時代とともに著しく変化しているのがわかる。

日本リハビリテーション医学会の誕生

日本リハ医学会は，1963年9月29日に創立した。初代会長は水野祥太郎（阪大教授），東大赤門学生会館で発会式が行われた。役員は表2の通りで，参加者は64名，学会事務局は東大分院内に小林太刀夫常任理事と松本淳幹事のもとに置かれた。

第1回リハ医学会は，学会創立の翌1964年7月12日，水野学会長の地元，大阪市医師会館で開催された。一般演題は69題，会長講演，特別講演は表3の通りであった。

表2 日本リハビリテーション医学会創立時の役員（1963）

会長：水野祥太郎（阪大教授）
監事：相沢豊三（慶大教授），天児民和（九大教授）
常任理事：小林太刀夫（東大教授） 小池文英（整形外科）
理事：大島良雄，沖中重雄，勝木司馬之助， 砂原茂一，多田富士夫，稗田正虎，水町四郎
幹事：津山直一，松本 淳，佐々木智也， 石川 中，上田 敏
評議員：100名 会員数：494名

表3 第1回日本リハビリテーション医学会の講演（1964）

会長講演：リハ医学の地域社会における諸活動について ／水野祥太郎
特別講演：脳血管障害のリハビリテーション ／大島良雄・他
特別講演：肢体不自由者の職能療法 ／田村春雄
一般演題 69題

創立（1963年）ならびに第1回学会（1964年）の頃は池田勇人内閣（1960～1964年）の時代であった。高度経済成長政策によって戦後の復興は目覚ましく、東海道新幹線が開業し、第18回オリンピックとパラリンピックが東京で開催された年でもあった。

学会はその後も経済成長とともに右肩上がりの発展を続けた。毎年滞りなく学術集会の開催、雑誌「リハ医学」(Jpn J Rehabil Med)の刊行、日本医学会第56分科会加盟（1968年）、専門医制度発足（1980年）、社団法人化（1989年）、科名標榜認可（1996年）、公益社団法人化（2012年）へと発展、会員総数は当初494名が約10,000名に増加、一般演題は当初69題が近年は600～700題に増加している。

実践面においても進歩発展の例は枚挙に遑がない。第1回学会の特別講演に脳血管障害のリハが採り上げられているが、脳血管障害は当時死因の第1位で、さまざまな廃用症候群の倉庫のような疾患であったが、近年著しい拘縮、変形、褥瘡をみることは少なくなった。これはリハ医学の成果であろう。

本学会創立に貢献した方々は、学会創立の頃までのリハ医学を盛り上げてこられた方々で、全国的に多数おられた。水野学会長の「学会創立について」(リハ医学1巻1号)に、「従来からこの問題（学会創立）に強い関心を抱いて来た有志が相集まり、力を合わせてこの分野を更に押し進めるべく、今回学会の発足をみるに至った次第です。具体的には整形外科学会リハビリテーション委員会及び療育更生医学懇談会と、内科、小児科、精神科等の者で結成された内科系リハビリテーション懇

談会とが母体となり、広く医学会全般にわたる発起人により、去る9月29日創立総会が開かれ、学会創立のうえ、人事、事業が決定されたものであります」とある。リハ医学に関心をもつ多くの医師がそれぞれの立場で研究し実践してこられた。しかし遺憾なことに、学会がなかったため情報の交換がなかった。学会が発足するや百花繚乱、立派な業績が発表されるようになった。格段の進歩である。

海外、特に米国へ留学する人も多くなった。駐留米軍病院でインターンを終え、米国に渡ってリハ専門医の資格を得て帰国、日米の掛け橋のような存在になり、理事長になられた方もおられる。

リハ医学会創立当時の役員は、創立に漕ぎつけるまで既に長年月にわたりそれぞれのお立場から大変尽力され、創立後も学会のさらなる発展のために貢献された方々である。

下記の方々は会長を務められているが、ここに氏名、学会数、年度を掲げておく。

水野祥太郎（第1回会長、1964年）、小林太刀夫（第8回、1971年）、小池文英（第5回、1968年）、相沢豊三（第6回、1969年）、天児民和（第3回、1966年）、大島良雄（第2回、1965年）、砂原茂一（第4回、1967年）、津山直一（第19回、1982年、初代理事長）、佐々木智也（第17回、1980年）、上田敏（第24回、1987年）である。

ところで、日本リハ医学会50周年記念の年を迎えたいま振り返ってみると、上田敏先生以外の方々はみな故人になられている。整肢療護園の高木憲次園長は、1963年4月15日に他界されている。享年75歳、学会創立の年であった。

文 献

- 1) 整肢療護園：社会福祉法人日本肢体不自由児協会整肢療護園 高木憲次. 整肢療護園のあゆみ, 1961.
- 2) E.D.A. Rusk : Rusk リハビリテーション医学 (小池文英監訳). 医歯薬出版, 1966.
- 3) 小池文英編：リハビリテーション便覧. 医歯薬出版, 1970.
- 4) 内山喜久雄監, 小池文英, 林邦雄編：身体障害事典. 岩崎学術出版, 1978.
- 5) 高取吉雄：「肢体不自由児の療育—三人の夢」第48回日本リハ医学会, 特別講演, 2011.



リハビリテーション科の 標榜からの躍進

東京慈恵会医科大学名誉教授

米本恭三



リハビリテーション科の 標榜に向けて

1989年に日本リハビリテーション医学会の社団法人化という大事業をなしとげられて、初代理事長につかれたのが津山直一教授である。その後、津山先生のご推薦もあり、1994年に第二代理事長についた筆者の重要な仕事は、リハビリテーション（以下リハ）科を標榜診療科にするという、本学会会員の強い念願を実現することであった。

医業・歯科医業において院外に広告できる標榜診療科名（診療科名）は、1948年の医療法制定時に11診療科が認められ、その後5回の議員立法によって追加された。この改正経過について、厚生省（当時）からの通達資料（表1）を示す。

表1を見れば、時代ごとに世の中のニーズ

に応えたことはわかるが、議員立法は本来、その時の政権与党の大臣、指導層が席上で決定する案件であるため、どうしても党への貢献や圧力の強さが影響することは否めないであろう。特に1978年追加の美容外科については、健康保険診療より自費診療で受けるべきものであり、標榜診療科に加えるのはどうかとの異論が省内でも続出したと聞いている。その後しばらく閉ざされていた道が再開されたのは、15年後のことであった。1992年の医療法改正により、標榜診療科名については、医学・医術に関する学術団体及び医道審議会の意見を聞いて、政令（医療法施行令）で定めることとされた。その後、1993年3月に医道審議会のもとに診療科名標榜専門委員会が設置され、厚生省健康政策局が統括した。委員会の構成は表2の通りで、各界のそうそうたるメンバーが揃っていた。その頃、厚生省主催の幾つかの委員会に参加していた

表1 標榜診療科名の改正経過（1948～1978）

昭和23年（1948）医療法制定時					
1 内科	2 精神科	3 小児科	4 外科	5 整形外科	
6 皮膚泌尿器科（又は皮膚科，泌尿器科）	7 産婦人科（又は産科，婦人科）				
8 眼科	9 耳鼻いんこう科	10 理学診療科（又は放射線科）	11 歯科		
昭和25年（1950）追加（議員立法）					
1 神経科	2 呼吸器科	3 消化器科（又は胃腸科）	4 循環器科	5 性病科	6 こう門科
昭和27年（1952）追加（議員立法）					
1 気管食道科					
昭和40年（1965）追加（議員立法）					
1 脳神経外科	2 放射線科の独立				
昭和50年（1975）追加（議員立法）					
1 神経内科	2 形成外科				
昭和53年（1978）追加（議員立法）					
1 美容外科	2 呼吸器外科	3 心臓血管外科	4 小児外科	5 矯正歯科	6 小児歯科

表2 医道審議会診療科名標榜専門委員会の委員名簿

○審議会委員		
	石丸 隆治	ヒューマンサイエンス振興財団理事長
(委員長)	植村 恭夫	慶應義塾大学常任理事
	佐藤 節子	青山学院大学法学部教授
	山下 真臣	全国社会保険協会連合会理事長
○専門委員		
	石川 高明	日本医師会常任理事
	行天 良雄	元日本放送協会解説委員
	斎藤 毅	日本歯科医学会副会長
	坂上 正道	日本医師会副会長
	杉本 恒明	学会認定医制協議会議長
	高久 史麿	日本医学会副会長
	土屋健三郎	産業医科大学名誉教授
	村上 勝	日本歯科医師会副会長

筆者は、会議の際に専門委員会の構成や、検討の概要を立ち話で伺った。表2にみる委員名はその頃、外部へは発表されておらず、標榜診療科が最終決定した後に初めて公表された。

リハ科は、1978年までに認められた標榜診療科に入っていなかったため、リハ科のある病院や施設では、リハの診療報酬が他科（多くは整形外科）から申請されていた。そのためリハ科独自の診療実績が評価されず、科の発展が著しく阻害されていた。医療法制定時

にリハ科の前身ともいえる理学療法科（または放射線科）の名称が取り入れられており、リハは運動器を主として扱う整形外科の一部門とされがちであった。したがって歴史のなかで、医療人の認識を損なったと考える。

厚生省への本学会としての要望については、1995年6月5日、理事長名による要望書に加え、長寿科学の見地に立つ祖父江逸郎愛知医大学長の書状、医学教育面からの必要性を述べた阿部正和東京慈恵医大学長の書状の計3通を健康政策局へ提出した。過去の記

録から知る限り、1978年5月に佐藤幸三先生、1983年8月に野島元雄先生、1986年12月に上田敏先生、1989年に今田拓先生によりそれぞれ厚生大臣宛の要望書が提出されている。先達が長年にわたって繰り返し、厚生省へ働きかけられたご尽力も私たちは忘れてはならない。

1984年の社団法人化により、リハ科への認識と評価は一段と高まったと考える。私たちの要望書の重点は、標榜された診療科名を通して患者さんが容易に適切な医療機関を選択し、受診できるということにあった。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士を含む多くの専門職で成り立つリハのチーム医療は、それまでに定められていた33のいずれの標榜科を用いても、その幅広い内容を患者さんに理解してもらうことは困難であった。例えば、既に標榜科の一つになっていた理学診療科を標榜しても、その施設で作業療法、言語聴覚療法も行われているのを一般の人が知ることは難しかった。後に、厚生省の標榜科名に関する基本的考え方が明らかになったが(表3)、要望を作成する側としては齟齬がないように、提出を求められた際に1~4の基本条件を十分考慮に入れた要望文書を作成した。

表3 標榜診療科名に関する基本的な考え方

- | | |
|---|---|
| 1 | 独立した診療分野を形成していること |
| 2 | 国民の求める高い診療分野であること |
| 3 | 国民が適切に受診できること |
| 4 | 国民の受診機会が適切に確保できるよう、診療分野に関する知識・技術が医師又は歯科医師に普及・定着していること |

診療科名標榜委員会が設置されてから、1996年春までの1年半の間は、植村恭夫委員長以下審査を担当する10人の委員に手紙を出し、お目にかかっては理解を求めた。簡単そうにみえて、なかなか大変な作業であった。その頃はリハ科標榜の動向に反対運動が起こらないように、何事も水面下でせざるを得なかった。したがって、働きかけの経緯については理事会はもちろんのこと、評議員や会員達へは一切報じられていなかった。在京の上田敏常任理事、千野直一常任理事と筆者、そして今田拓理事の4人が討議し、それぞれの役割を決めた。アポイントをとっては連れ立って専門委員の先生とお目にかかり、リハ科の標榜を説いて廻った。

委員のなかには最初、「何で私がリハ科の標榜理由を聞く必要があるの?」という反応もあったが、2時間も熱心に話す間に“患者さんのため”という主張を頷きながら理解してくれるようになった。ある日、昭和大学の衛生学教室で教育・研究に携わっておられた土屋健三郎名誉教授へ、千野先生と一緒に説明に参上した。先生への手土産はたった3~4,000円のおせんべいの箱であったが、偉い先生が時間をさいて私達の話に快く聞いてくださったことを申し訳なく思った。

その頃、厚生省のOBを通じて、担当局の方々へ直接説明する機会を度々お願いしていた。ある日突然、会合OKとの連絡を受け、急いで千野、上田、明石謙先生の3常任理事と筆者が集まり、健康政策局の指導的立場の方々とは膝を交えて直接、申請趣旨を説明することができた。

当時、京都府立医大整形外科の教授をされ

ていた平澤泰介先生をはじめ整形外科の教授達は黙って私達の動向を理解してくださった。また神経内科、脳外科の指導的立場におられた教授達が背後から応援してくださったのも嬉しかった。

誠意をもって標榜科のお願いをする以外に手立てのなかった私達が、数多い申請科のなか、同委員会が施行するヒアリング対象の24学術団体の一つに選ばれた。一同、小躍りして喜び、ヒアリングには、理事長の筆者と千野常任理事が出席した。1995年12月4日、厚生省内のヒアリングでは、先に提出した診療科名標榜の要望等理由書（表4）に沿って説明を進めた。

意見発表10分、質疑10分となっていたが、厳しい質問が相次ぎ、予定を越えて30分に

及んだ。植村委員長から「理学療法はリハ医学の一分野のように思えるので、もしリハ科が標榜科になった場合、理学療法という科名は不必要にならないだろうか」と問われた。筆者は「学会を代表してリハ科の標榜の必要性を申し上げているのであって、既に医療法の中に規定されている理学診療科については、むしろ委員会がご判断されることではないでしょうか」と答えたのを覚えている。理学診療科を別立てにせず、リハ科に統合しようと考えられた植村先生のご質問であったと思っている。

その年の暮れに前述の厚生省OBから、「来年はリハ医学会にとって正念場になるので、恒例になっている年始の挨拶に行かれては」とのアドバイスを受けた。行くべきか迷った

表4 診療科名標榜の要望等理由文書（一部）

要望診療科名	
リハビリテーション科	
標榜診療科とすべき理由	
近年、高齢化社会となり、慢性疾患並びに運動機能障害患者が増加している。リハビリテーション医療を担当する医師は、これらの患者の障害の診断並びに残存機能の評価を行い、理学療法、作業療法、装具療法、言語療法などを効果的に施行し、それにより患者を自宅・社会へ復帰させている。これらの診療行為は、標榜科名としてリハビリテーション科があれば一般にも理解しやすく、標榜科名としての認可を切に切望する。	
当該診療科名に関する診療行為について	
対象の範囲	主たる対象は神経・筋・骨格器系の運動機能障害を有する患者である。例えば、脳血管障害後片麻痺、外傷後遺症、脊髄損傷、末梢神経障害、脳性麻痺、進行性筋萎縮症、慢性関節リウマチ、変形性関節症、慢性腰痛、四肢奇形または切断など。
手技・手法等	筋電図・神経伝導検査、歩行分析などの物理医学的診断方法と、それに基づいて、運動療法、電気刺激、装具療法、温熱療法、水治療、光線療法、更に作業療法（日常動作訓練）などを、薬物療法と併用して治療手段とする。更に、リハビリテーション・チームのリーダーとして、リハビリテーション医療職である理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語療法従事者などに対して適切な処方を行い、患者が自宅・社会で自活できるように訓練する。
関連する診療分野について	
関連する診療分野（既存の標榜診療科等）の存在	既存の標榜診療科のうち、日本リハビリテーション医学会認定臨床医の業務に最も関連する診療分野は「理学診療科」である。 しかし、理学診療科は理学療法を主体としたものでリハビリテーション医療のごく一部を示すに過ぎない。また、整形外科は現在観血的治療を主体としており、後療法として、リハビリテーション医療の一部を共有すると思われる。

が、折角の親切心が無駄にしないと決め、1996年1月4日、どんよりと曇った寒空のなかを霞が関の厚生省へ年始の挨拶に行った。厚生省の建物の入り口から、黒っぽいスーツを着た地方の議員さん達の長い列の後尾につながり、その流れに従って健康政策局の秘書さんの机にリハ医学会理事長の名刺を置き挨拶して帰った。どんな機会も逃すまいとした気持ちと、ここまでしなくても良かったのではという暗い気持ちが交錯した一日だった。

1996年3月28日、厚生省から待ちに待った標榜科の内示を受けた。喜びに沸きたった私たちは、同年6月の総会の日祝賀会を開くことを計画し、そのお知らせを配布した。ところが、その招待状を見た友人の参議院議

員から、官報に載ってから開催したほうが良いよ、と連絡があり、その通りと、直ちに各人へ祝賀会延期の通知をした。

8月12日、医療法施行令の一部を改正する政令が官報に公布され、政令としてリハ科が正式に標榜科に加わり、9月1日より標榜が可能となった。そこには理学診療科を「リハビリテーション科」に改めると記されていた。加えて、“政令施行の日から6ヵ月間はリハビリテーション科・理学診療科とする”とされた(表5)。ヒアリングと厳格な審査を経て新たに標榜科に加わったのは、リハ科の他、心療内科、リウマチ科、アレルギー科、歯科口腔外科のわずか5科に過ぎなかった(表6)。

リハ科の標榜診療科目制定を祝う会の宴

表5 公布された政令；官報(1996年)

政 令	
<p>医療法施行令の一部を改正する政令をここに公布する。</p> <p>御 名 御 璽</p> <p>平成八年八月十二日</p> <p>内閣総理大臣 橋本龍太郎</p> <p>政令第二百三十八号</p> <p>医療法施行令の一部を改正する政令</p> <p>内閣は、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七十条第一項及び第七十一条の三の規定に基づき、この政令を制定する。</p> <p>医療法施行令(昭和二十三年政令第三百二十六号)の一部を次のように改正する。</p> <p>第五条の三第一項第一号中「内科」の下に「心療内科」「産婦人科」「小児科」「アレルギー科」「リウマチ科」を加え、「理学診療科」を「リハビリテーション科」に改め、「回病科」中「及び小児歯科」を、「小児歯科及び歯科口腔外科」に改める。</p> <p>附 則</p> <p>(施行期日)</p> <p>1 この政令は、公布の日から起算して二十日を経過した日から施行する。</p> <p>(経過措置)</p> <p>2 この政令の施行の際現に医業又は病児若しくは診療所に関して理学診療科の広告をしている者の当該広告に対する改正後の第五条の三第一項第一号の規定の適用については、この政令の施行の日から起算して六月を経過するまでの間は、「回病科」「リハビリテーション科」とあるのは、「リハビリテーション科」「理学診療科」とする。</p> <p>3 この政令の施行前にした行為に対する前則の適用については、なお従前の例による。</p> <p>厚生大臣 吉 直人 内閣総理大臣 橋本龍太郎</p>	<p>政令第二百三十八号</p> <p>医療法施行令の一部を改正する政令</p> <p>内閣は、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七十条第一項及び第七十一条の三の規定に基づき、この政令を制定する。</p> <p>医療法施行令(昭和二十三年政令第三百二十六号)の一部を次のように改正する。</p> <p>第五条の三第一項第一号中「内科」の下に「心療内科」「産婦人科」「小児科」「アレルギー科」「リウマチ科」を加え、「理学診療科」を「リハビリテーション科」に改め、「回病科」中「及び小児歯科」を、「小児歯科及び歯科口腔外科」に改める。</p> <p>附 則</p> <p>(施行期日)</p> <p>1 この政令は、公布の日から起算して二十日を経過した日から施行する。</p> <p>(経過措置)</p> <p>2 この政令の施行の際現に医業又は病児若しくは診療所に関して理学診療科の広告をしている者の当該広告に対する改正後の第五条の三第一項第一号の規定の適用については、この政令の施行の日から起算して六月を経過するまでの間は、「回病科」「リハビリテーション科」とあるのは、「リハビリテーション科」「理学診療科」とする。</p> <p>3 この政令の施行前にした行為に対する前則の適用については、なお従前の例による。</p> <p>厚生大臣 吉 直人 内閣総理大臣 橋本龍太郎</p>

表6 厚生省からの通達

今回新たに標榜診療科名とする診療科名は、次のとおり

<p>【医 業】</p> <p>アレルギー科、心療内科、リウマチ科、リハビリテーション科(「理学診療科」の廃止)</p> <p>【歯科医業】</p> <p>歯科口腔外科</p> <p>なお、歯科口腔外科の診療領域及び当該領域における歯科と医科との協力関係について検討するため、厚生省において検討会を設置すべきである。</p>
--



図1 標榜科目制定当時の理事



図2 標榜診療科名制定を祝う会（1997年、パレスホテル）

は、翌年の1997年5月31日にパレスホテルで盛大に行われた（図1、2）。

リハ科の成長を人に例えれば，“社団法人化で人格が決まり，標榜科で姓名が付き一人前の成人として社会に広く認知された”といえる。こうしてリハ科は大学，病院，センター等の各施設における医学，医療の重要な一部門を担うことになった。

後日談として，「小泉厚生大臣がカタカナ語を日本語にせよとの指令を各都道府県に通

達した。もし，標榜科になっていなかったらリハ科は再び理学診療科と置き換えられ，リハ科は日の目を見ることがなかったかも……」と，翌年に厚生省の課長が教えてくれた。

文部省科学研究費への 分科細目の新設

筆者は，標榜科になってリハ臨床の基盤が強固になれば，次はリハ研究の発展を目指す

ことが必要と考えていた。医学は診療・教育・研究の三本柱から成るとされ、診療各科は研究にしのぎを削っていた。しかし、リハ医学領域は他分野に比べて研究面での遅れが囁かれていた。全体的にみてリハ研究のクオリティはまだ不十分で、エビデンスも不足の状況であった。国内・外のリハ関係雑誌のインパクトファクターが低いこと、毎年のリハ医学会学術大会への発表数が多いにもかかわらず学会誌への投稿数が少なく総頁が一向に増えないことも我々にとっての課題であった。

当然のことであるが、リハ医学では診断、評価、治療、社会復帰等の研究を通じて新しい方法を開発し、安全かつ効果的に、より短い期間で障害を克服することが不可欠である。研究を遂行し、その成果を世に問い、障害者に資するためには、研究を支える資金が必要であった。民間からの助成金も助けになるが、最重要なのは毎年の公的補助金である文部省（当時）科学研究費であることはいうまでもない。しかし、独自のリハ関連の細目がないために、リハ医学領域の研究者が申請に際して適切な分科細目を見出すことは必ずしも容易ではなく、結果的に多くの分科細目に分散していた。“リハビリテーション医学”をキーワードにもつ分野細目「整形外科」や他科の細目を使わざるを得なかった。したがって、審査が通りにくく、科研費の申請を諦めている大学もあったほどである。

1996年の春、厚生省から標榜科認可の内示のあった頃、教育担当の佐藤徳太郎理事（当時：東北大教授）が、重要な情報を伝えてくれた。文部省では、科学研究費の細目の見直しを5年ごとに行い、その間に毎年3つの時

限細目を新設しているということであった。申請時期は標榜科になった年の10月と差し迫っていた。新たな細目を設けるためには毎年少なくとも300以上の応募実績があることが最低条件とされた。そこで、急遽、全国の大学（医学部）、附属病院（分院）、研究所等の施設長宛に過去2年間に申請した科研費の研究課題をお貸しいただきたいとの手紙を送付した。外部秘密扱いの資料なのでお見せできないとお叱りを受けたこともあったが、70施設から科研費に応募した研究課題の膨大なリストをお借りできた。応募期限がすぐ目の前に迫っていることと、資料が返却予定になっていたため、作業は急ピッチで進められた。佐藤理事が担当され、5,000を越える科研費の申請課題名をもとに、1995年と1996年度の申請実績のなかでリハ科学の研究課題として適切であるものを調べて分類し、リストアップされた。佐藤先生は早朝から夜まで多くの時間をこの作業に当てられ、夏休みなしであったと伺っている。協力した筆者も、その年は夏休み返上であった。このようにしてできた1995(平成7)年と1996(平成8)年の申請実績のまとめを表7に示す。

日本リハ医学会は、日本理学療法士協会及び日本作業療法士協会と連名で申請する方針としたが、細目名がリハビリテーション医学では少々抵抗があるとの作業療法士協会会長からの申し出があった。そこでリハの広い関連の領域から多くの申請があり、研究活動の活性化が期待されるようにと、細目名を「リハビリテーション科学」とした。1996年10月に文部省へこれらの資料と共に細目新設要望書を無事提出できた。審査の結果、多くの

表7 平成7年度及び8年度科学研究費申請研究課題調査結果

大学数		リハビリテーション科学領域として適切な申請研究課題	リハビリテーション科学領域に含まれる可能性のある研究課題	総数
平成7年度	62	279	85	364
平成8年度	70	312	194	506

要望のなかから、「リハビリテーション科学」が時限細目に選ばれたとの内定通知が届いた。

長年の夢が実現し、科学研究費の申請が容易になった。他診療科と比肩できるようになった研究環境を本学会会員は充分に利用してほしいものである。質の向上を図り、世界レベルの研究が続々と誕生するように願っている。

その後も引き続き、佐藤理事、江藤文夫理事と田中信行理事は時限なしの永続する細目にするための困難な作業を続けてくださった。こうして2003年には、複合領域「リハビリテーション科学・福祉学」の細目が誕生したのである。

医師国家試験への リハビリテーション医学の参入

本学会の社団法人化の年には、筆者がいた慈恵医大リハ科は講座に昇格し、以降毎年2～3名の新入医局員を迎えるようになっていた。当時リハ医学が独立した講座または学科目として教育されている大学医学部・医科大学（11校）への入局者はあったものの、その総数は全国的にみると少なかった。最大の理由は卒前教育のなかで、リハ医学に接し学ぶ機会が少ないためと考えられた。医師国家

試験の影響をふまえ、それまで出題されていなかったリハ医学を国試のなかに加えてもらえないだろうかと思うに至ったのである。その頃、脳卒中リハを含む3つの厚生省の委員を務めていたが、ある日医師国家試験委員に加わる気持ちがありませんかとの打診を受けた。筆者はチャンス到来とすぐにお引き受けした。その年まで運動器領域を担当していた整形外科の医師国家試験委員二人のうち一人との交代が決まり、試験委員に加わることができた。そして整形外科学会からの平澤泰介先生とリハ医学会からの筆者の二人体制となった。

試験委員の仕事が始まった1991年の秋には、全国の医学生のニュースの中でリハ医学が国試に加わったことが紹介された。毎年、その前年度の試験問題を評価する会議が開催されていた。大きなホールに100人近い医師国家試験委員の関係者が集まった席上、悪問として、筆者の出した問題がパワーポイントで紹介された。温熱療法（ホットパック）の適否に関する問題の正解率が低かったためであった。筆者は思いきって立ち上がり、「現在、正しい適応を考えずにこの治療法が高齢者にも多く行われている。火傷の危険もある。医師になる前に学んでいただきたい意図の問題があってもよいのではないだろうか」と述べたところ、結局これは良問ということにな

った。

医師国家試験委員を4年間務めた後、出題規準の作成委員になり、リハ医学がやっと加わった出題基準（平成9年度版）が完成した（表8）。

“必修の基本的事項”の2としてリハの概念、QOL、ノーマライゼーションが記され、「医学総論」の“IX 治療”のなかの“大項目20 リハ”には、中項目にA リハの概念、B リハの手技、C 各臓器障害のリハ、D 精神障害のリハ、E 小児の心身障害のリハ、と続き、さらに中項目の内容は小項目に示された。次の大項目21には、その他の治療として物理療法他が加わった。卒前教育のリハ医学の内容がほぼ網羅されたと言ってよいであろう。

こうしてリハ医学が国試に出題されるよう

になったことは、各大学の卒前カリキュラム作成上に大きなインパクトを与えたと思っている。



医学教育モデル・コア・カリキュラム作成への参加

医学教育モデルカリキュラム委員会の誕生は、わが国の医学教育システムが昭和20年代(1945～)に形作られてから40年が経過し、各大学で行われている育成システムの見直しが求められるようになってからのことである。1985年1月に発足した“医学教育の改善に関する調査研究者会議”の答申のなかで、既にリハ医学の教育が重視されていることを我々リハ医はよく記憶に留めておくべきと考

表8 医師国家試験の出題基準より（平成9年度版）—リハビリテーションについて

大項目	中項目	小項目
20 リハビリテーション	A リハビリテーションの概念	a 理念 b 種類〈医療、福祉、職業、教育、心理〉 c リハビリテーションの流れ d リハビリテーションチーム、保健・医療福祉との関係 e 地域リハビリテーション
	B リハビリテーションの手技	a 理学療法〈運動療法を含む〉 b 作業療法〈自助具を含む〉 c 言語療法〈摂食障害を含む〉 d 補聴器適合 e 義肢・装具療法 f リハビリテーション機器〈車椅子、杖〉
	C 各臓器障害のリハビリテーション	a 脳血管障害 b 脊髄損傷 c 脳性麻痺 d 神経・筋疾患 e 骨・関節疾患 f 切断と義肢 g 呼吸器疾患 h 循環器疾患 i その他の内臓障害〈肝疾患、糖尿病、腎疾患〉 j 音声・言語障害 k 視覚障害 l 聴覚・平衡覚障害
	D 精神障害のリハビリテーション	a 生活指導 b レクリエーション療法 c 作業療法 d デイケア、ナイトケア e ナイトホスピタル f ハーフウェイハウス g 保護工場 h 職親 i 授産施設 j ホステル k 患者クラブ
	E 小児の心身障害のリハビリテーション	a 訪問学級、院内学級 b 家族支援
21 その他の治療法	A 物理療法	a 凍結療法 b 温熱療法 c 電気凝固

え、その一部を紹介する。

1997年に「医学における教育プログラム研究・開発事業」委員会が組織された。会議のメンバーは阿部正和、植村泰夫、森 亘、紀伊国献三、その他計11名の先生方から成っていた。22回の会議、各大学医学部の実態調査、米国の医学教育事情の現地調査等の検討を経て、1987年に“最終まとめ”が公表された。そのなかの「医学教育の目標」の3.には、“医療を予防・診断・治療からリハまでの一貫した包括的なものとしてとらえ、自然科学のみならずその背景にある精神的・社会的諸問題と関係づけて考える総合的視野を身につける”とある。また「カリキュラムの改善」の項では、今後要請が高まると考えられる分野の第一に“患者が障害を受けた機能を再建し、社会復帰に資するためのリハ医学の教育”と明記された。このB5判の“最終まとめ”を手にした時、リハ医学の未来は明るいと感じ、最高に嬉しかったことを思い出す。同委員会が医科大学の医学部に出した全国アンケートでは、コアとなる医学教育内容のガイドライン提示が望ましいとの回答が70%を越えた。医学教育全般に目配りした包括的ガイドライン（コアカリキュラム）の作成は、組織化されたワーキンググループによる集中的作業を要する難事業であった。グループは佐藤達夫先生（東京医科歯科大学解剖学）を班長とし、主として東京周辺の先生方より成り、会議は1999年1月に始まった。2001年3月までの計42回、週末を利用した長時間の協議作業であった。佐藤先生からコアカリキュラムへの協力の話いただいた後、約半年間、ワーキンググループの作業協

力者の一員として委員会に参加した。そこで判ったことは、従来の医学教育の弊を改善するために、-ology的な縦割から、統合配列型へ転換することであった。したがって、従来の教科書のように各科が独自に大きな項目を立てるのではなく、リハ医学についても同様であった。

困難な作業を経て委員会でまとめられた試案は2000年11月17日に開催されたシンポジウムで、全国の国公立医科大学（医学部）の代表に配布され、作成経緯と方針が説明された。各大学で試案を検討した意見を12月中に送付してもらい修正作業のうえ成案を得ることになった。各大学に配布して意見聴取を行う前に、佐藤先生がその時までにとまっていた試案の分厚い検討資料を、筆者の手に送り届けてくださった。しかし、資料を何度見直しても、理学診療の項目はあるが、我々にとって大切なリハは見当たらなかった。医師国家試験の出題基準のなかにリハが加わっても、各大学がカリキュラムを作成する際に参考とする肝心なコアカリキュラムに掲載されていないことは、リハ科にとっての重大事であった。試案内容とそれまでの経緯を千野理事長に伝え、急遽、木村、石神、宮野の各理事との集まりをもった。ガイドラインなので卒前に修得してもらいたいリハの知識や技術の範囲（Minimum Requirement）、地域医療や在宅医療との関わりをわかりやすくシンプルな案にしようとの意見が交わされた。教育担当の田中信行理事にも伺って、急ぎ意見をまとめた。このようにして委員会試案に対してリハ医学をさらに充実するような修正案を作り、慶應大学と慈恵医大

の教育委員会を経て、コアカリキュラム委員会へ提出された。

最終的には協力者会議で成案が承認され、2001年3月27日に医学・歯学教育の在り方に関する調査研究者協力者会議報告“21世紀における医学・歯学教育の改善方策について—学部教育の再構築のために—”の別冊として公表された。今後適切な改修が施され、絶えず成長していくとされた。

従来の基礎医学、社会医学、臨床医学といった区分を用いず、基礎医学と臨床医学を関連付けて学べるような総合的なカリキュラムを目指した。本ガイドラインでは、E“診療の基本”の2. 基本的診療知識の一項目(11)がリハビリテーションとなっている。一般目標は、“リハの基本を学ぶ”となり、到達目標を7項目あげ、△印の付いたものは、卒業時までには達成するとして提示したものである(表9)。

また、C.“人体の各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療”の「疾患」には、①脳・脊髄血管障害があり、治療とリハを概説できるとなった。その他、頭部外傷、脳性麻痺、脊髄損傷、骨・関節疾患、慢性関節リウマチ

の各疾患のなかでも治療とリハを説明できるとされた。運動器(筋骨格)系の「診断と検査の基本」には、リハ診療で汎用されている検査があげられている。

しかしながら、昨今のリハ診療は臨床各科の多くの疾病に関わるようになってきている。ここでは膨大な卒前カリキュラムのなかから、必要最小限の疾病が抜粋されたために、リハ医療上主要ないくつかの疾病が抜け落ちているのはやむを得なかったであろう。今後はその是正が必要と思われる。

そして医学教育に与える国試の大きな影響を考えると、このカリキュラムとの整合性の問題は看過できないので、医学部の国試の試験委員には充分の配慮を望みたいとされた。

しかし諸異論の多いなかで、短い期間によくこれだけのコアカリキュラムが出来上がったものと作成に関与された先生方のご努力に感謝している。今後とも継続的な改善作業が続けられ、さらに充実したコアカリキュラムへ発展していくもの考える。

その後、新しいカリキュラムに提示された到達目標のもとに、学生が臨床実習前に必須

表9 ガイドラインにおける診療の基本「リハビリテーション」

(11) リハビリテーション

一般目標：

リハビリテーションの基本を学ぶ。

到達目標：

- 1) リハビリテーションの概念と適応を説明できる。
- 2) リハビリテーションチームの構成を理解し、医師の役割を説明できる。
- 3) 福祉・介護との連携におけるリハビリテーションの役割を説明できる。
- △ 4) 障害を機能障害、能力低下、社会的不利に分けて説明できる。
- △ 5) 日常生活動作(ADL)の評価ができる。
- △ 6) 理学療法、作業療法と言語療法を概説できる。
- △ 7) 主な歩行補助具、車椅子、義肢と装具を概説できる。

な技能, 態度, 知識の修得状況を適切に評価するようになった. それが OSCE (Objective Structured Clinical Examination, 客観的臨

床能力試験) と CBT (Computer Based Testing) である.

参考資料

- 1) 官報 第 1954 号 平成 8 年 8 月 12 日
- 2) 医学教育の改善に関する調査研究協力者会議 最終まとめ
文部省高等教育局編, 昭和 62 年 9 月 7 日
- 3) 医師国家試験 出題基準 (平成 9 年版) 厚生省編
- 4) 21 世紀における医学・歯学教育の改善方策について一学部

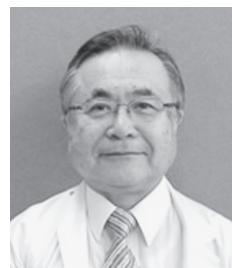
- 教育の再構築のために一別冊, 医学教育モデル・コア・カリキュラム, 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会, 平成 13 年 3 月 27 日
- 5) リハビリテーション医学白書, 編リハビリテーション医学白書委員会 平成 15 年 1 月



リハビリテーション医学の 発展

慶應義塾大学名誉教授
永生会永生病院 名誉院長

千野直一



はじめに

日本リハビリテーション医学会創立 50 周年を心からお祝い申し上げると同時に、50 年前にリハビリテーション（以下リハ）医学が、わが国において必須の専門医学領域になると確信され、「日本リハ医学会」を創設された諸先輩方に、あらためて深甚なる敬意を表する次第である。

筆者が本学会の理事長職を仰せつかったのは、初代津山直一先生、2 代目米本恭三先生の後を 3 代目として、1998 年 6 月から 2004 年 6 月までの 6 年間であった。その間、モデル・コア・カリキュラムによるリハ医学教育改革と医師卒後研修制度の導入、介護保険制度新設と高齢者医療保険改革、広告できる専門医制度の新設、また文部科学省の科研費に「リハ科学・福祉工学」の項目が新設される

など、大きな変革がもたらされた。さらに、国際的にも従来 2 つあったリハ医学会が融合合併（merging）され、新たに ISPRM（International Society of Physical and Rehabilitation Medicine）の誕生があり、国内外のリハ医学界に特記すべき出来事も少なくなかった。

筆者が理事長を仰せつかった 20 世紀末から 21 世紀初頭にかけての、日本リハ医学会の活動をできるだけ経時的に述べる。



リハビリテーション医学 卒前教育

医学教育は、行政面では文部科学省（以下、文科省）と厚生労働省（以下、厚労省）と大いに関係するが、筆者が理事長職在任中の 2001（平成 13）年 1 月に中央省庁の再編があり、以下の文章において、文科省、厚労省の

呼称が文部省，厚生省と新旧混在する場合があることをご容赦いただきたい。

日本リハ医学会の創設から50年が経過しているとはいえ，わが国のリハ医学教育（卒前教育）は，米国や近隣の韓国などに比べ，大きく立ち後れている。

わが国のリハ医学・医療の発展はまさに，全国の国・公・私立大学医学部と医科大学に「リハ医学講座」，または「リハ医学教室」の新設・増設をしていくことが最優先事項である。そのために，筆者の理事長在任中はこの件を使命と考え，文科省，厚労省をはじめ，日本医師会など関連機関への陳情，要望書の送付などを積極的に行った¹⁾。しかし，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士らコメディカル関連の大学（学部）や大学院は急速に増えていったのに対し，全国の80の国・公・私立大学医学部，医科大学では，私立大学で徐々にリハ医学講座・教室の新設がみられたものの，国立大学では4校にとどまっている（1988年に鹿児島大学リハ医学講座が新設され，その後，東北大学，北海道大学，東京大学に増設された）。2004年より大学本体が独立行政法人となったために，日本リハ医学会は新しい戦略をもって国立大学医学部に「リハ医学講座」の新設または増設を働きかけていかなければならない。

リハ医学卒前教育の変遷の例をあげると，筆者が在職した慶應大学医学部での「リハ医学」に関する教育は，当初1974年に，関連診療科である「整形外科」の一部を割いて「リハ医学」の講義を始めたことにある。そして，1992年4月に「リハ医学教室」が新設され，「リハ医学」の系統講義と診療実習

が行われるようになった。これは，他の多くの大学医学部・医科大学での「リハ医学」の講座・教室増設への移行手段として，同じ経緯を通ったものと考えられる。

しかしながら，医学部卒前教育の大きな変革は，2001年3月に公表された「医学教育モデル・コア・カリキュラム」に則って，クリニカル・クラークシップが採用され，共用試験として，OSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験）やCBT（Computer Based Testing：コンピュータによる試験）なども取り入れることになった。これら臨床学習を重視した医学教育は，医学生の積極的な学習参加へ向けて，講堂での講義から臨床実習へと変換されている。実質的に開始されたのは2005年になったが，この卒前医学教育制度の改革は，2004年度より発足した新卒医師に対する「臨床研修医制度」と連動するものであった²⁾。

なお，医学部卒前教育に関する「21世紀医学・医療懇談会」などには，米本恭三先生が関わられた。コア・カリキュラム委員会委員長などを務められ，日本リハ医学会へ多大なご貢献をいただいた。

リハビリテーション医学 卒業教育

リハ専門医研修制度は，原則的には，従来の「学会認定制協議会（その後，専門医認定制機構）」に準じて改変してきた制度を，2004年度から開始される「医師卒業研修制度」に連動して，医学部・医科大学卒業2年間の臨床実習を終えた後から始まることにな

った。

「臨床研修」は、医療という社会的重要性や公共性の高い事業の必要不可欠な要素であり、医師個人の技術向上という枠を越えて社会にとって必要性が強いものである。そのため、適切な指導体制のもとで、効果的にプライマリ・ケアを中心に医師として必要な診療能力を身につけ、人格を涵養する研修といえる。また、医療安全への配慮は医療の基本として特に重要な要素であり、臨床研修を通してしっかりと身につけなければならない。

新医師臨床研修制度では、①医師としての人格を涵養すること、②プライマリ・ケアへの理解を高め、患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力を習得すること、③アルバイトをせずに研修に専念できる環境を整備することの3点を基本的な考え方としている。

具体的には、2年間の新医師臨床研修制度では、研修医は各診療科をまとめた期間（1か月以上）籍を置くこととし、当初の12か月は内科（6か月以上が望ましい）、外科、救急部門（麻酔科を含む）を経験した後、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療を経験することが望ましいとされた。そして、具体的な臨床研修プログラムの構成や内容については、各研修施設の特色をいかしたものとすることが求められた³⁾。

筆者が在籍した慶應大学病院での新医師臨床研修制度プログラムでは、「リハ医学・医療」の臨床実習を「地域保健・医療」のなかに組み入れることを策定したが、先に述べたように、新医師臨床研修制度のなかで、「リハ医学・医療」がどのように組み込まれるか

は、各大学病院、臨床研修施設などでの検討事項となっている。

研修医はいわゆる「マッチング」方式で臨床研修病院を決めることになり、医学部卒業直後に専門医療分野の医局へ入局し、臨床実習を教育関連病院で継続して行ってきた従来の卒後研修制度とは、根本的に様変わりした。そのために、従来、教育関連病院へのローテーションを取り仕切っていた大学医学部・医科大学の医局人事制度が事実上、縮小されることとなった。

新医師臨床研修制度の2年間を修了した研修医は、将来の専門医療分野へ進むことになるが、2年間の新医師臨床研修のなかで経験したことをもとに、当然のことながら、個人的に興味ある専門医療分野でのさらなる臨床研修へ進むことになる。

既に述べてきたように、新医師臨床研修制度の発足前は、卒後臨床研修は大学医学部・医科大学での診療部医局を中心に、その医局の教育関連病院への派遣による、いわゆる「医局人事」、「医局ローテーション」によって臨床研修が行われていた。しかしながら、新医師臨床研修制度発足後、約10年間の経緯をみると、全国で医師の都市部と地方での偏在化や、専門医、特に救命救急医、産科医、小児科医、リハ科医の不足が顕在化し、社会的現象となっている。事実、厚労省の資料（医政局指導課医師確保等地域医療対策室：平成22年9月29日）では、必要求人医師数と現員医師数の内訳を診療科別にみると、現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍であり、リハ医が最も不足している。

リハ医学の臨床は神経・筋・骨格系疾患の診断と治療を専門とする分野⁴⁾であるために、医師研修制度以前には、リハ医学教室入局後にリハ医療一般を研修しながら、神経内科、循環器内科、整形外科、救急医学をローテーションするのが一般的であった。しかしながら、新医師臨床研修制度によって、リハ科専門医志向の入局者は、大学病院や指定教育病院でリハ医療に必要な内科、外科系の総合診療領域の基礎知識と実習経験を経てからリハ科専門医研修を始めることになり、効率良いリハ科専門医教育が可能になった。その一方で、リハ医学・医療の実務を十分に研修したとは言い難い指導医やリハ科研修施設での実習が行われかねない懸念もあり、わが国の実情を検証することも必要であろう。これは、リハ医学・医療が、いまだ十分に認知された専門医療分野とは言い難いことに起因するものである。

日本リハ医学会として、臨床研修中の医師へのリハ医学・医療の教育制度をさらに向上させるためには、「リハ医学教育は、卒前教育のなかで開始されなければならない」ということであり、わが国の大学医学部・医科大学のすべてに「リハ医学講座」あるいは「リハ医学教室」が新設あるいは増設されるように関係省庁、関係団体、各大学医学部・医科大学に対して、弛まらずに働きかけることが使命と思われる。

専門医制度と 18 基本領域

わが国での専門医制度は 1962 年 4 月に発足した日本麻酔指導医制度があるが、他の医

学会分野での専門医認定制度は欧米に比べて遅れていた。そして約 20 年後の 1981 年 11 月に「学会認定医制協議会」(専認構 HP)⁵⁾が立ち上げられ、学会同士が協議して、望ましい専門医制度の充実と発展を図ることとなった。

別稿で、「協議会」が「日本専門医認定医制機構」に改変されてから後の経過については江藤文夫先生がお書きになっているので、ここでは「学会認定医制協議会」で、日本リハ医学会が「基本領域診療科の学会群」に加盟できた経緯を中心に述べる。

専門医制度は、当然のことながら、社会的認知と情報開示を必要とする。わが国には、旧来の社会情勢や医療制度のために、学術団体だけでの専門医制度の確立は容易ではなかった。そして、1993 年 11 月に「学会認定医制協議会」が日本医師会と日本医学会へ働きかけ、3 団体合同で、各医学会が認めた認定(専門)医を追認する手順で「三者承認(追認)の専門医制度」が始まった。

筆者は長年にわたり、日本リハ医学会代表として、三者懇談会などに関連する会議に出席していたが、「三者懇」といいながら、日本医師会の代表者とオブザーバの厚生省担当者を用意された場所は、いつも空席となっており、各医学会、認定医制協議会、日本医師会、行政などの「専門医」に対する見解が異なっているのではないかと危惧し、また社会的認知への道のりが遠いことを痛感していた。なお、日本リハ医学会からは中村隆一先生が認定医制協議会役員として務められ、本学会へご貢献をいただいた。

そして、1999 年 11 月に、「学会認定医制協

議会」に加盟する内科，外科，小児科，整形外科など15学会の基本領域診療科の学会群を中心に、「三者承認専門医」へ向けて，専門医制への整備が進められた。

この時期に，日本リハ医学会として焦眉の急となった課題は，「基本領域診療科の学会群」へ追加加盟してもらうことであった（その当時は，まだ「その他の領域」群に分類されていた）。そのために，日本リハ医学会から理事長である筆者が中心となり，学会認定医制協議会執行部や厚生省，日本医師会へ「日本リハ医学会を基本領域診療科群へ追加加盟の要望」を繰り返し陳情した。その結果，2001年7月に，三者懇から日本リハ医学会が日本形成外科学会，日本救急医学会と一緒に，「基本領域」への加盟を認められ，18学会からなる「基本領域」の一つとなった。

一方，2002年4月に，厚生省は（筆者にとってはまさに唐突な感じであったが），「広告できる専門医制度」を発足させた。この制度は，米国の専門医制度に準じていると考えられるが，研修制度と併せて厳正な資格審査試験制度，更新制度など外形基準9か条を定めている⁶⁾。日本リハ医学会も当然，厚生省の「広告できる専門医制度」の基準に則った専門医制度の認定を受け，専門医試験，更新制度などを運用している。

国民にとっては，厚生省指導による「専門医」のほうが，インターネットで情報も開示されており，受け入れやすい状況である。そして，「学会認定医制協議会」として，わが国での「専門医制度」確立へ向けて活動してきた「協議会」は，「日本専門医認定医制機構」と改称され，さらに「日本専門医制評価・認

定機構」と名称が変更された。今後，日本専門医制評価・認定機構は，厚生省と歩調を併せて，官民一体となり，わが国の「専門医」と「専門医制度」の質を高める団体として活躍していくことを期待したい。



リハビリテーション診療報酬と介護保険制度

20世紀末から21世紀にかけて，わが国の診療報酬制度に関する変革は，人口動態の高齢・少子化による高齢者医療政策と2000年の介護保険制度の新設であろう。1961年に開始された国民皆保険制度が崩れるかもしれない様相に対して，「医療のビッグバン」とも言われ，これは社会保障構造や医療福祉保険年金の改革を意味するところとなった。

すなわち，わが国の医療は国民皆保険に助けられ，国民の誰もが平等に医療の恩恵にあずかってきた。ところが超高齢社会となり，少子化も進んだために医療費は20世紀末には毎年1兆円ずつ増大し，国家財政を圧迫してきた。こうなれば国の財政を守るためにも医療の仕組みを変え，適正な運用が求められるようになってきた。

厚生省は，高齢化社会に備えて，1989年に10年間を見すえた高齢者対策強化の目的で「ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略）」を策定した。また，市町村単位で，在宅福祉対策の緊急実施，施設の緊急整備が図られ，特別養護老人ホーム，デイサービス，ショートステイなどの施設の緊急整備，ホームヘルパーの養成などによる在宅福祉の推進が行われた。しかしながら，当初の

予想よりも高齢化が進み、1994年に「新ゴールドプラン（高齢者保健福祉計画）」として全面的に改定された。そして、「公的介護保険制度」は最終的な「砦」として打ち出された法案と言ってよい。

このような社会情勢の変化に対応すべく、厚生省は日本医学会、日本医師会との連携をさらに緊密に行うことになり、1990年代後半には、公的介護保険制度導入準備期に「医療構造改革のビッグバン」と称して、内科系学会社会保険連合（内保連）、外科系学会社会保険連合（外保連）、各医学会を通して医学的、科学的な意見を求める会合がもたれた。

リハ医学は神経・筋・骨格系の運動機能障害をもつ患者を対象として診断・治療をしており、さらに1996年に標榜診療科と認定されていたため、日本リハ医学会は、内保連、外保連の両方に加盟していた。そして、関連学会と歩調をとりながら、リハ診療報酬の枠を広げるべく、社会保険等委員会を中心に理事会執行部との会合が頻繁にもたれた。

医療保険制度改革と 公的介護保険制度の導入

20世紀末から21世紀へかけての医療構造改革の一環として、2000年の「公的介護保険制度」が創設された。そして、この背景として前述したように、わが国の「高齢・少子化」と「経済低成長時代」がある。

医療保険制度改革は、一般医療のなかに診療報酬の包括制度、そして老人医療のなかに介護保険制度を組み入れることであった。日本リハ医学会として、介護保険制度は重大な関心事であり、それは、慢性期医療と関連づけることとし、リハ医療そのものは急性期か

ら亜急性期の流れのなかで、治療手段・医療技術としての重要性をアピールすることが必要であった。

(1) 21世紀へ向けて変革する診療報酬制度

1998年4月の診療報酬改正の主な点は、以下の通りである。

①在院日数の短縮：当時（と言っても1993年のデータ）、わが国の入院患者の在院日数は45.5日と、他のOECD加盟国に比べて断然長期にわたっていた（米国8.0、スウェーデン7.8、フランス11.2、ドイツ11.2日など）。その理由は、わが国のいわゆる「社会的入院患者」が多いことがあげられた。そして、入院期間が短いほど診療報酬が高くなるようにインセンティブを付け、外来手術（デイサージェリー）が広く行われるようになった。さらに、後述する「出来高払い」から「定額支払い方針：日本版DRG/PPS（診断群別包括支払い方式）」（現在の包括医療費支払制度：DPC [Diagnosis Procedure Combination] の前身）の導入があった。

②一般病棟で6か月以上入院の高齢者に包括医療の適応：従来の“過剰”または“漫然”診療の結果、患者を必要以上の期間、入院させたり、高齢者の「社会的入院」が起りうる状況に鑑み、「特別養護老人ホーム」のような型での包括支払い制度への移行、あるいは、新たな「介護保険制度」への併合が検討された。

③長期にわたるリハ治療等について、定期的な効果判定と患者への説明義務：リハ治療に対する批判は、その効果を科学的に評価することが必要である。神経・筋・骨格系の運動・認知機能障害、生活活動の能力低下につ

いて科学的なデータ（Evidence-based Medicine：EBM）と、患者への説明責任が求められることとなった。

④療養型病床群の評価：1998年4月の診療報酬改定で、病院群は、①高度医療を施す特定機能病院と、②長期入院のための療養型病床群の二極に分けられていたが、特定機能病院での急性期医療が終了しているにもかかわらず、療養型病院への移行がスムーズになされる方策が求められた。

⑤日本版 DRG/PPS：診断群別包括支払い方式（現・DPCの前置的建策）の導入

2000年の公的介護保険制度創設を直前にして、厚生省は一般医療への疾病群別包括払い（DRG/PPS）制度、老人医療の包括制と一部介護保険への移行が検討された。

1980年代初頭、米国で始められた DRG（Diagnosis Related Group）と PPS（Prospective Payment System）は国際疾病分類：ICD-9-CMの約10,000疾患名を約500の診断群に分類し、その診断群に基づいて診療報酬を規定料金払いする方法である。

米国で高騰する医療費を是正する施策として採用され、世界各国でも状況に合わせて、その方法が取り入れられていた⁷⁾。

わが国も日本版 DRG/PPS と称して、1996年より国立病院を中心に、試験的に急性疾患を中心に各臓器別の検討会がもたれた。1997年には、一部公的病院も参画し、診断名の多い（80パーセント以上）疾患について定額支払い制の検討がなされ、現在の DPC 支払制度へとつながっている。筆者は、日本リハ医学会代表として検討会へ参加し、リハ科が急性疾患を診ることを主業務としていな

いたために、内科系や外科系とは別の、「その他のグループ」に参画した。

(2) 2000(平成12)年度の診療報酬改定ならびに、介護保険制度創設に対する日本リハ医学会からの提言⁸⁾

前項で述べた日本版 DRG/PPS：診断群別包括支払い方式（現・DPCの前置的建策）検討会では、「亜急性期病床」と「機能障害分類」の導入について日本リハ医学会から提言された。結果的には、「亜急性期病床」が「回復期リハ病床」として反映されたことになる。

その提言理由として、一部繰り返しになるが、医療審議会等で議論されている入院患者の在院日数短縮に関して、急性期と慢性期の2病床群に分けられ、中間の亜急性期が削除されるような様相にあった。しかも、審議会資料では、急性期病床と慢性期病床との間に空白を入れ、あたかも患者は亜急性期には医療を受けられず、一度退院させられた後に、改めて、慢性期病床に入院しなおさなければならぬような図式であった。

これは病態的にも、また医学的にも不合理なことであり、特にリハ医療の対象疾患として多くみられる脳血管障害（脳卒中）患者では、亜急性期において機能回復のための治療が非常に大切である。もし、この間に十分な治療を受ける機会を失すれば、社会復帰可能な患者も要介護者として、患者自身の QOL を喪失するだけでなく、家族や社会全体の負担を増加させることになる。

米国では、当時、亜急性期の医療制度がおろそかにされ、かつ在院日数短縮の圧力が強くなり、医療を必要とする患者が自宅や施設

に帰され、大きな社会的問題となっていることなど、外国におけるリハ医療状況も紹介した。そして、2000年度の医療法改正において、「亜急性期病床群」を急性期と慢性期病床群の間に入れ、十分な医療が国民に与えられることの必要性を提言した。

一方、わが国の診療報酬に対する診断群別包括支払制度（DRG/PPS）が国立病院を中心に試行されていたが、十分なりハ治療を行っている施設は少なかった。実際、リハ診療によって運動機能や認知機能が回復し、社会に復帰できる患者も多数おり、患者の診断名のみを根拠に包括支払制度を導入することは十分とはいえず、患者の運動機能、認知機能などを、診断名とは独立して評価する制度を採用する必要があった。

米国では診断群分類（DRG：Diagnosis Related Group）に加えて、機能障害分類（FRG：Functional Related Group）^{9,10}の採用を検討していると聞き及び、2000年の医療法改正に際し、診断群分類と併せて、機能障害分類を取り入れ、国民に対して十分な医療を供給できる体制の構築を提言した。

日本リハ医学会からの提言がどのように反映したか詳らかではないが、日本版DRG/PPS制度が現行のDPC（Diagnosis Procedure Combination：包括医療費支払制度）となった。

国際リハビリテーション医学会： ISPRMの誕生など

日本リハ医学会の国際関係については、別項で平澤泰介先生がご執筆されているので、

ここでは、筆者が直接関わった国際リハ医学会：ISPRM（International Society of Physical and Rehabilitation Medicine）創設とA New Millennium Asian Symposium on Rehabilitation Medicine（Tokyo）について簡単に述べる。

(1) 国際リハビリ医学会

ISPRMは、今までの2つの国際学会、つまり、IFPMR（International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation）とIRMA（International Rehabilitation Medicine Association）を統合し、1999年11月に米国ワシントンD.C.において、Dr. Melvinが初代会長として発足した。

2つの国際医学会のうち、前者のIFPMRはリハ医学に関係する学術団体で、その起源は19世紀末に、米国電気治療学会（American Electro-Therapeutic Association）と英国、フランスの学術団体の共催によって発足した、リハ医学に関する最も古い国際学会である。

20世紀初頭には世界情勢不安のために、一時沈滞したものの、第二次世界大戦後の1952年に、米国のDr. Krusenが中心となって英国、デンマークなどヨーロッパ諸国でリハ医学の根幹である物理医学（Physical Medicine）の専門家が集まり、第1回IFPMRがロンドンで開催された。その後、4年毎に世界各地で開かれ、第13回が実質的には最後の学術集会成为り、米国のDr. Melvinによって1999年11月に米国ワシントンD.C.において第9回IRMA（第8回は京都において開催）と合同の会議として開かれた。IFPMRは国単位で参加することにな

っており、わが国では日本温泉気候物理医学会が代表として参加していた。

一方、後者の IRMA は米国の Dr. Sidney Licht により、1969 年に第 1 回会議が開かれた。IRMA はリハ医学に関心のある医師が個人の資格で加入する国際学会であった¹¹⁾。

この 2 つの国際リハ医学会は会員構成の重複、リハ医学の国別による発展度の違い、統括事務局のあり方、さらには学術会議開催期日や開催場所などで競合するような事態も生じてきた。その結果、先に述べたように、1999 年の米国リハ医学アカデミー学術集会と同時期に、IFPMR と IRMA がワシントン DC で開催され、この 2 つの国際医学会を併合 (merger) して ISPRM の発足会となり、2 年毎に開催されることになった。

第 1 回 ISPRM は、2001 年 7 月にオランダのアムステルダムで開催されたが、ここで、新しく組織された ISPRM について、その誕生の経緯を説明しておきたい。2001 年 7 月のオランダでの第 1 回理事会と総会に向けた定款の作成から始まったが、筆者は定款委員会的一端を担った関係で、ISPRM と過去の 2 つの学会との違いや、将来に期待するところを述べる。

第一に、ISPRM では国際学術集会とは別に理事会組織をもち、恒常的な事務局 (ベルギー) をおいたことである (実施されるのは 2007 年の第 4 回国際会議から)。これまでの国際学会では学術集会会長が学会組織、事務局、会計管理などすべての責任を負っていたが、会員数が増加するほどに学術団体としての機能が十分に果たせなくなってしまったことなど苦い経験をふまえての理事会設置であ

った。

第二には、ISPRM 会員として各国にあるリハ医学会を団体会員 (Society member) とし、また個人としても加入できる個人会員 (Individual member) との 2 通りの会員構成にした。これは、IFPMR と IRMA を併合したために会員構成を団体と個人の両者を構成メンバーとすること、またリハ医学の発展途上国・地域ではリハ専門医が多くないために、学術団体を構成できず、個人で加入するしか方法がないなどの理由による。

オランダでの最初の理事会と総会において、ISPRM の定款が承認され、これから本格的な学会活動が開始されることとなる。日本リハ医学会は団体会員として参画しており、ISPRM の活動状況、学会開催などの情報は日本リハ医学会事務局に寄せられ、学会誌やリハ・ニュース等で報告される。また、日本から個人会員として ISPRM に加入することも歓迎される。その際、恩典として、個人会員には直接 ISPRM 事務局に意見を述べることや、ISPRM のニュース “News and Views” が直接事務局より送付されること、さらに、学術雑誌「DISABILITY AND REHABILITATION」が低価格で購入できることなどである。

団体会員として、2001 年には日本リハ医学会は 9,500 余名と、米国リハ医学アカデミーの 6,000 余名をはるかに凌いで最も大きな参加団体となった。そのため、これから ISPRM での日本リハ医学会に期待されることはますます増えるであろう。

最初の理事会と総会にて、日本からの役員には、上田 敏、千野直一、石神重信、宮野



図 第2回国際リハビリテーション医学会 ISPRM, プラハの Cabinet member

後 O. Kayhan (Turkey) L. Battistella (Brazil) J. Melvin (U.S.A.)

前 N. Chino (Secretary General, 筆者) H. Ring (President, Israel) C. Park (Korea)

佐年（敬称略）が就任している。第2回 ISPRM 学術集会は2003年にイスラエル（政情不安定で急遽、開催地がプラハに変更）（図）、2005年はブラジル、2007年に韓国、2009年はトルコ、2011年はプエルトリコで開催され、2013年は中国（北京）で開催予定である。

筆者は理事長在任中の2004年まで ISPRM の運営に関与していたが、事務局（ベルギー）から ISPRM 運営の予算・決算報告などが出てこなくなった状況に鑑みて、日本リハ医学会が団体会員として正式に加盟すべきかなどは、次の日本リハ医学会の理事会執行部と総会の審議事項となった。

2 21世紀記念アジア・リハ医学シンポジウム：A New Millennium Asian Symposium on Rehabilitation Medicine (Tokyo) 開催

20世紀末に ISPRM（国際リハ医学会）が発足し、日本リハ医学会は世界各国からアジア太平洋諸国をまとめる要と期待されることになった。そして、2001年は21世紀幕開けの年であり、日本リハ医学会にとっても国際化へ向けた大きな飛躍の年となった。

日本リハ医学会主催によって、2001年2月17日から2日間の“A New Millennium Asian Symposium on Rehabilitation Medicine (Tokyo)”が開催された。アジア近隣の14か国・地域から23名の招待者、日本から約200名の参加者を得て、盛会裏に催すことができた。さらに、Korean-Japanese Joint Conference on Rehabilitation Medicine 2002

が2002（平成14）年4月19～20日に韓国のGyeongju市で開催され、2年後の2004年4月に第2回日韓リハ医学合同カンファレンスが京都において、平澤泰介会長のもとで開催された。

今、まさに国際化の波は加速度を増してき

ている。このような時期に、日本リハ医学会一人ひとりの会員、特に若手会員諸氏が大きく世界に飛躍し、リハ医学の進歩とともに世界をリードする専門医が日本リハ医学会から続々と輩出することを願ってやまない。

文 献

- 1) 千野直一：リハビリ医学の現状と歩み。リハビリテーション医学白書，医学書院，2003，pp2-10.
- 2) 米本恭三：激変する医学教育へのリハビリテーション医学からの対応。リハ医学 41：17-22，2004.
- 3) 中島正治：新医師臨床研修制度について。リハ医学 41：32-36，2004.
- 4) 千野直一：リハビリテーション医学教育・研究の歴史。— Dr Frank Krusen からのメッセージ。Jpn J Rehabil Med 47：768-773，2010.
- 5) 社団法人 日本専門医制評価・認定機構
URL：http://www.japan-senmon-i.jp/
- 6) 厚生労働省：医療に関する広告が可能となった医師等の専門性に関する資格名等について
URL：http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/06/tp0627-1.html
- 7) 川淵孝一：DRG/PPSの全貌と問題点。薬業時報社，1997.
- 8) 千野直一：医療制度改正について。リハ医学 36：224-226，1999.
- 9) What's next for PM&R under managed care? Physiatrist 14：1-6，1998.
- 10) Stineman MG, Escarce JJ, et al：A Case-mixed classification system for medical rehabilitation. Med Care 32：366-379，1994.
- 11) Chino N, Grimby G, et al：International Issues. Rehabilitation Medicine Principles and Practice (DeLisa JA, Gans BM eds). 3d ed, Lippincott-Raven Publ, Philadelphia, 1998, pp 47-54.



リハビリテーション医学の 社会的認知

鹿児島大学名誉教授
大勝病院顧問
田中信行



はじめに

リハビリテーション（以下リハ）医学は、それ自体が医学に対する障害の社会的認知を求める活動だったが、その嚆矢は1942年、東京大学整形外科高木憲次名誉教授の東京整肢療護園の開設に始まる。そして戦後の1948年、医療法で理学療法科が制定され、1958年の国民健康保険法と1961年の国民皆保険の制定によりリハ医療の経済的基盤が整い、1963年、阪大の水野祥太郎教授を会長に日本リハ医学会が発足した。

その後、リハ医学の発展が遅れた最大の理由は、病因の治療こそ医学とする「病理学的医学モデル」の存在であろう。脳性麻痺や脳外傷、さらに脳卒中でもリハは単なる後障害対策とされ、また新しい「全人的回復・復権」という理念の主張は、リハは福祉領域、ある

いは人権運動といった誤解さえ生じさせた。

しかし、WHOの医学理念の進展や加齢性障害の増加を背景に、1974年、私立の獨協医大と川崎医大にわが国初のリハ医学講座が、また1988年に国立の鹿児島大にリハ医学講座が設置された。1989年には日本リハ医学会は東京大学津山直一教授を初代理事長として社団法人化され、リハ医療の充実が社会的にも焦眉の課題となった。1996年、第二代米本恭三理事長のもと、リハ医学会の大きな努力で「リハ科」の標榜が承認され、さらに2000年、第三代千野直一理事長の時に介護保険法が施行された。2002年以降、リハ単位の確立と診療点数の引き上げが行われ、これによりリハ施設、学会員、リハコメディカルの数も飛躍的に増加した。

しかし、欧米のICIDH、ICFの理念に立脚した系統的リハ医学教育に対し、今なおわが国のリハ医学の教育・研究体制は不十分で、

その牽引役も医療制度・診療報酬に依存しているように思われる。医学の始まりは当然、医療の充実からであるが、最終的には「高い理念や人間性」に基づく研究・教育体制なくしては未完成の医学であり、必ずやりハ医学が国民に広く認知されると信じている。



地方会の整備と 専門医会の位置付け

1 地方会の整備とその意義

既に1960年代から、整形外科や脳卒中、脳性麻痺を扱う医師や理学療法士を中心に、日本各地でリハ医学懇話会や研究会がかなり活発に開催されてきた。そして1996年のリハ科標榜の承認を契機に、リハ医学の発展と会員の交流を図り、またリハ医学の進歩に合わせた生涯教育を実施するために、8つの地方会の設置が理事会で決定された。これにより各地方会の区割りや学術集会の大まかな規定が定められ、リハ学会員は自動的に各地の地方会に所属することとなったが、地区懇話会の歴史的経緯や会員構成等も種々異なるため、それ以外の規定は時間をかけて整備することとなった。

その後、法人格のリハ医学会が毎年一定額の補助金を出し、また認定臨床医や専門医の資格更新における生涯教育研修会の場とするため、地方会の事業計画や運営機構、役員構成、研修レベル等を全国一律とする必要性が生じ、その準備として2000年、地方会等検討委員会が発足した。それは同時期の専門医等への国民の疑問に答えて、日本医師会、日

本医学会と各学会の三者で構成された「学会認定医制協議会」（今日の日本専門医制評価・認定機構）における専門医の資格更新制度とも関連した重要事項であった。専門医、認定医といっても、厳格な認定制度や資格更新制度がなければ国民の信頼は得られず、理事会はその基盤整備がリハ専門医の公示・公告はもちろん、やっと獲得した「リハ科」の標榜科名さえ揺るがしかねない重大問題と考えたのである。

2002年の総会で「地方会組織に関する規則」が承認され、翌年には「地方会連絡協議会」も設置された。今日、各地方会はリハ医学会を支える最も重要な機構として、各地区に幹事、事務局を置き、年2~4回の地方学術集会をほぼ各構成県の会長持ち回りで開催している。また毎回2~3題の研修講演の企画・開催と取得単位の本部事務局への報告を行い、これで全国ほぼ同一レベルの活動と専門医・認定臨床医の資格更新が行われることとなった。表1は2013年現在の全国8つの地方会所属会員数と代表幹事、事務局の所在地であるが、それは従来のリハ懇話会からの慣習と交通の利便性から決められたもので、学会員はどこ地方会への出席も、また研修単位の取得も可能である。各地方会の構成会員数は地区により大きく異なるが、運営のために各地区総会で選出する幹事、代表幹事、監事を置くこととなった。

また、里宇明元理事長のもとで進められたリハ医学会の「公益社団法人化」が2012年4月に認可され、社員総会も委任状ではなく実質3割程度の会員（社員）の出席を求められることとなった。しかし、それは現実的に

表1 リハ医学会地方会と代表幹事、事務局（平成24年現在）

地方会名	所属正会員数	代議員定数	代表幹事	事務局
北海道地方会	327名	10名	石合純夫	札幌医科大学
東北地方会	583名	18名	出江紳一	東北大学
関東地方会	2610名	81名	芳賀信彦	東京大学
北陸地方会	253名	7名	染谷富士子	金沢大学
中部・東海地方会	1156名	36名	近藤和泉	藤田保健衛生大学
近畿地方会	1794名	56名	佐浦隆一	大阪医科大学
中国・四国地方会	1352名	42名	伊勢眞樹	川崎医科大学
九州地方会	1490名	46名	川平和美	鹿児島大学
地方会連絡協議会			担当理事 出江紳一	

（日本リハ医学会ホームページ資料から抜粋）

困難なため、各地方会がそれに代わる代議員の選出母体として位置付けられ、既に各地区の会員数に応じた代議員が選出され、2013年から社員総会はこの代議員のもとで実施されることとなった。

2 専門医会の位置付け

わが国の専門医制度は、他学会にはやや遅れたが、1980年に発足した。学会の成熟につれてその認定条件も強化され、現在は、①学会入会后3年以上、②学会指定の研修施設で規定のカリキュラムに基づく3年以上の研修、③30例の症例報告と複数領域の担当100症例、④日本リハ医学会での主演発表抄録2篇、⑤筆記と口答試験合格、⑥資格更新は専門医、認定臨床医とも5年間に200単位の学会が定める生涯教育研修会等の受講、という厳しいものとなっている。

率直なところ、この規定制定時には教育・研究組織も専門医の数も不十分な状況のなかで、厳しすぎるとの意見もあった。しかし他学会から“安易な学会”、“低レベルの専門医”との批判を受けないためにも、厳格な認定条

件が必要との石神重信理事（当時）の意見で理事会はまとまった。今日までその姿勢を貫いたことで、専門医の資質が高く維持できたことは間違いない。2012年の時点で合計1,849名の専門医が認定されており、本学会の学術的基盤となっている。しかし社会が求めるリハ専門医数は3,000～4,000名と推定され、まだ充足率50%というところであるため、教育・研究組織の充実と研修施設における指導医、各会員のさらなる活躍を期待したい。

「リハ専門医会」は若手専門医が1983年に学会とは独立した任意団体として発足した。しかし認定や更新は学会が行っており、その活動の学会との整合性、また学術集会（カレントトピックス&レクチャー）の開催や専門医ニュース発行費用等の問題もあり、2006年、江藤文夫理事長の時に、日本リハ医学会のなかに含めることとなった。担当理事のもとに10名の幹事と幹事長を置き、新体制後の専門医会学術集会も2012年で7回となった。また6つのより専門性の高い領域をSIG（Special Interest Group）と名付けて活動し

表2 専門医会の特別活動部門とその目的、活動(平成24年現在)

特別活動部門	主たる検討領域
SIG (Special Interest Group)	
1. 小児リハ SIG	小児リハデータベース作成, 症例検討, セミナー開催
2. リハ基礎医学 SIG	リハ領域における基礎的研究の促進と交流
3. 脊髄障害 SIG	脊髄障害の臨床, 研究, 研修
4. 切断・義肢 SIG	切断・義肢の臨床, 研究, 研修
5. ポストポリオ SIG	PPS 検診標準化, 患者データベース作成, 治療 GL
6. 痙縮治療 SIG	痙縮治療に関する意見, 情報交換, 討論
電子カルテ機能 WG	リハ医療に必要で最適な電子カルテ機能の検討
女性専門医 Network	女性専門医の活動支援, セミナー, 交流

(日本リハ医学会ホームページ資料から抜粋)

(表2), それらを通じて, 専門医会はより専門的, かつ高いレベルで日本リハ医学会員や他学会, 学術集会開催地域との連携, 社会への認知を目指している。

一方で急速なりハ医療への要望の高まりから, 専門医レベルでなくとも本学会の会員としての一定レベルを認定して送り出す必要もあった。そこで認定条件を, ①研修期間1年, ②担当症例10症例, ③教育研修会受講証明の提出, と緩和した「認定臨床医制度」が1987年に発足した。2012年時点で3,884名の認定臨床医が認定されており, これも本学会を支える重要な基盤である。

さらに研修施設の認定と絡んで, 2008年から「指導責任者」の認定も開始された。5年間の診療実績に加えて指導した専門医, 認定臨床医の数, 教育・研究活動の実績と論文, または日本リハ医学会・地方会での発表5つ以上と規定し, 高いレベルの指導医資格を審査しており, 2013年度にその更新も始まる。



大学におけるリハビリテーション 医学講座・診療科の設置

大学のリハ医学講座や診療科は近年増加したが, 特に旧国立大学における講座設置校はわずか4校にすぎない。医学教育, すなわち人材育成はりハ医学興隆の基本であり, リハ医学講座, 診療科の設置へのより積極的な活動を期待したい。

筆者が勤めた鹿児島大学医学部リハ医学講座(後に大学院機能再建医学講座リハ医学分野)は, 1988年, 国立大学初のリハ医学講座として設置された。文部省(当時)は, 医学教育指針にもないリハ医学の設置は医学教育の根幹に関わるものとして非常に厳しかったが, 今後の参考のためにその経緯を少し詳しく述べてみる。

1 鹿児島大学リハ医学講座 設置までのあゆみ

(1) 霧島分院の改組—文部省へ再三の請願

戦前から脳卒中やリウマチ等の慢性疾患治療のために, 温泉地の6大学病院(北大, 東

北大、群馬大、岡山大、九大、鹿大)に分院が設置されたが、1977年、文部省は各分院に「新分野への改組か廃止」を指示した。東大の上田敏教授や東北大学鳴子分院長の中村隆一教授は早くからリハ医学講座の設置を唱えられ、特に中村教授の「病気と障害」を区分した明快な理論と教育重視の姿勢に強く惹かれた。

筆者は1981年に米国留学から帰ったが、分院講師の身で講座設置など夢物語であった。医学部長や本部に聞いても、大学には結局何の権限もなく、すべては「文部省次第」と言われた。雲の上の文部省との話には全く困惑したが、医学部の教授数人の支援で、リハ講座への改組案をどうにか教授会で通してもらった。その後、医学部長、事務部長にくっついて恐る恐る文部省の医学教育課を訪れたが、机の前に立たされたままの話に医学部長は怒って二度と本省には行かなかった。

本省では「リハ医学なんて医学教育指針がない」とも言われたが、「ないから作るんだ」と心を励まし、大学本部の主計課長とともに疾病構造の変化やリハの意義・理念、欧米のリハ医学の状況、分院の診療実績等の資料を持って20回以上も本省に請願した。約3年経った頃、当時の佐藤医学教育課長から再度リハ医学の理念を問われ、中村教授や上田教授の「病気でなく障害の科学」との答えに大きく頷かれたことが印象に残っている。後日、担当係長から、「課長はこの答えでリハ講座設置を決めたが、よく諦めずに頑張ったですね」と言われ、感得するところがあった。本省官僚への批判は多いが、教育の基本に関わる新講座の設置では、繰り返しその熱意と

根本的理念を問う姿勢は流石であり、中村、上田教授の教えとともに当時の文部省の決断に深く感謝している。

教授会には「誰の許可で本省に…」と怒られたが、「リハ医学講座」と「霧島リハセンター」への改組は即座に省議で決定され、1988年、筆者がリハ医学講座の教授兼霧島リハセンター長に選任された。その後、東北大(中村教授、3教授の大講座制)、北大(故眞野行生教授)、東大(江藤文夫教授)のリハ講座も開講した。しかし、その後新しいリハ講座開設はなく残念である。

(2) 施設面積、講座定員の確保

建物面積と教官数の増加要求はさらに苦勞したが、地元マスコミへの再々の報道や大学本部、本省の協力もあり、本院の講座面積の確保、分院建物3,500m²への増加と全面増改築、講座・診療科定員の2名純増(教授1、助教授1、講師2、助手4の計8)も決まった。施設整備に約20億円、生涯給与、研究費等から教授席は7億、助教授5億、講師3億、助手2億の計算と言われ、国や本省の苦勞がよくわかった。この講座の発展が、リハ医学教育の将来と文部省医学教育課の評価にも関わっており、「失敗は許されませんよ」と激励(?)もされた。

その後も霧島リハセンターの95%以上の稼働率、設置7年後の医局員35名等も高く評価され、50床ながらリハ技士12名への増員、CT機器等の設置も行われた。また、後日、私も参加することになった科研費の「リハ科学」細目の新設にも多くの協力をもらうことができた。

2 新しいリハ医学講座の作り方

(1) 国立大学法人化後の講座設置の具体策

平成16年の法人化で各大学の裁量権が大きく増し、前述の「文科省対策」を各大学の「理事会対策」に切り換えなければならない。

今後とも講座や教授席の設置は文科省の「承認」は必要だが、法人化により各大学の学長や理事にこれらの設置の「決定権」が移ったわけである。各大学上層部の説得は本省官僚の説得よりは容易だろうが、より人間的な人脈や個人的感情、かねての教授会や病院長、事務局幹部の信頼や支持、また県・市の上層部や医師会、マスコミの支援も重要である。好感は理論を越えるが、核心は自らの熱意である。

研究業績とともに、新しいWHOの医学理念や欧米のリハ教育の実情、高齢化社会におけるリハ医療へのニーズの増加等は、説得の基本的資料である。またリハ部、リハ科の「診療実績」とリハ職員を含めた収支バランス、地域医療への貢献や公開講座の実績も重要である。施設や人員の予算も各大学で交付金の「補正予算」や「寄付講座」、「PFI」等、工夫の余地は格段に大きくなっており、これらの調査・研究は更に重要である。

(2) メディア対策—常識的リハ認識の打破

戦後のわが国は欧米の新しい診断、治療医学の導入で、多くの病気が克服され、世界一の平均寿命80歳超を達成した。この華々しい成功体験が医学界・世間の基本精神となり、研究・教育は病気対象のがん、免疫、遺伝子、心臓、脳、CT、MRIが主体となり、治療は薬剤・手術に集中した。

今日、高齢化の進行とともに脳卒中や認知症、心筋梗塞、骨粗鬆症等の増加は著しく、厚労省は多くの医療政策を実施した。しかし医学教育の遅れのため、いまだに国民、メディア、また医師の多くもリハは医学教育や研究の対象ではなく、「後障害、福祉、マッサージ、本人のやる気の問題」と思っている。障害の理念やリハ医学教育は我々リハ関係者だけの話で、実際、大学病院は急性期治療に特化され、入院は20日以下に圧縮され、新聞、テレビでも厄介な後障害はすべて魔法の「リハビリ」に送れば終わりである。わが国の医師も素朴な治療第一主義で、病気が治ればすべては解決と思っている。リハへの低い認識と教育不在の悪循環を打破するには、リハ医学教育の重要性を繰り返し「国民やメディアに発信」するしかない。

(3) 教育政策提言組織へのアプローチ

一方、大学基準協会の「医学教育基準」や日本学術会議の「今後への提言」等のなかにも、リハに関する記載はほとんどないことは最も重要な問題である。1998年、米本理事長に「モデル・コア・カリキュラム」にリハ医学の導入を指示され、やっと「リハビリテーション」の大項目と脳卒中、パーキンソン病、片麻痺、失語症等の項目が入ったが、講座の新設は進んでいない。結局、上記の教育政策を提言する学者や有識者にリハ関係者は一人もなく、知識は臓器、疾病レベルだけのもので、新しい医学理念やリハの内容など知らないのは当然である。

学会、理事会の努力にもかかわらず講座設置が進まないのは、膨大な要望のあるなか、一般的な要望書の提出ではほとんど効果はな

いということである。種々の人脈を介して、上記文科省や教育提言組織の長に「直接面会」し、繰り返し訴えるしかないと思われる。



臨床研究の充実と 診療ガイドライン作成

1 リハ臨床研究の充実

「臨床研究の充実」の課題は、あまりに広範であり、ここではリハ研究と従来の医学研究との違いを述べるに留めたい。

リハ医学は、従来の単純な病気の病因—結果モデルではなく、各人の疾病や外傷による身体的・精神心理的構造変化が、生活環境や個人的因子の違いのなかで具体的活動と社会活動にどう影響するかをみる ICF モデルや全人間的な ICIDH モデルに立つ医学である。リハ医学の臨床研究、特に他領域との共同研究やガイドライン作成、研究費申請においては、そのことを評価する人に十分説明して進めることと、これら抽象的な指標の評価基準の設定が重要である。

「心身機能の評価」としての筋力や ROM、循環機能、失語、IQ、うつスケール等は従来の医学研究と共通点が多いが、心理的評価や QOL の評価は難しい。適切なレベルを表す言葉を VAS や Borg スケールのような形で評価するのが通常である。また、「活動と参加の評価」(Disability and Participation) も、ADL としての Barthel Index や FIM は昨今他領域にも普及したが、教育や職業場での能力評価や Performance としての数量や時間として測定しうる。しかし、いずれの

グレードも恣意的に付けたもので、得られた結果の比較、統計処理が問題で、各評価点の比例性、正規性の証明を行う必要がある。

研究費の獲得については、別項で米本先生が詳述されている。科研費の細目作りは、米本理事長の指示でリハ部門会議の国立大部門会長の江藤教授が中心となり、東北大学の佐藤徳太郎教授、そして筆者の 4 人で 1998 年から 3 年時限の細目申請書を提出し、最終的にはリハ科学・福祉工学の細目が採用された。その後もわかりやすい図や表、適切な空白や段落まで示した「模範申請書」を各大学に配って応募を促した。2012 年度は基盤 (A) が 1 件、基盤 (B) は 19 件、基盤 (C) は 106 件が採択され、全体の採択率 28.8%、人間医工学の平均配分額 311 万円である。7~8 名の講座研究費さえ実質 400 万円程度であり、申請しない手はない。全くのブラインド審査で、独創性と準備状況、過去の実績が最も重要であるが、独創性・新奇性の点で福祉工学系に遅れをとっているようで、リハ医学系のさらなる奮起を期待したい。

2 診療ガイドラインの作成

(1) ガイドラインの作成とその適用

今日、診療ガイドライン (指針、推奨) の範疇に入るものは、すべての疾患や障害に対する診断、予防、治療、手術、薬剤、リハ等に関するものを合わせると数百にもなる。日本リハ医学会が関係したガイドラインは、①脳卒中治療、②脳性麻痺、③呼吸リハ、④障害者の体力評価、⑤神経筋疾患・脊髄損傷の呼吸リハ、⑥がんのリハの 6 つである。残念ながら筆者はリハ関係のガイドライン作成に

携わったことがなく、循環器疾患での経験について述べる。

その作成は、通常複数の学会から選出された委員で、判断すべき検査、治療等の項目とその分担、エビデンス、推奨グレードの判断基準を決めることから始まる。収集した多数のデータベースをそのエビデンスレベルにより、Ia, Ib, IIa, IIb, III, IV に分類し、それらを総合して推奨グレード A, B, C1, C2, D を決定するという大変な作業である。エビデンスとしては RCT が最も高く評価され、特に複数の RCT の結果がほぼ一致する治療やリハ介入が推奨グレード A とされる。

現実の臨床では多数の論文や発表があり、専門の医師にもどれが最も適切かの判断は難しく、その意味で各種ガイドラインは有力な判断材料となっている。しかし、それが医師の裁量性を縛るものではないか、指針と異なる検査や治療は査定されるのではとの疑問があった。しかしガイドラインは各医師の経験や技術を否定するものではなく、あまりに逸脱した医療が行われないように指針を示すものとの認識が広まり、疑問は消えつつある。医療事故訴訟でガイドラインが絶対視されるのではという不安は残るが、司法も即座の判断を迫られる医師の裁量性やガイドラインの限界について、正当な評価をされるよう期待したい。

(2) 脳卒中における RCT の問題点

今日、最も信頼性が高いとされる RCT の脳卒中リハへの適応について、一つ素朴な疑

問がある。

RCT では、「有意差のない介入群と対照群の設定」が重要であり、例えば「脳卒中患者の転倒に対するバランス訓練の効果」の研究で、リハ介入群と対象群間には「性、年齢、出血/梗塞比、損傷半球、発症後経過時間、片麻痺レベル、歩行能力、失語や失認、失行」に関して有意差はなかった。しかし、少し突っ込んで「損傷面積、ラクナ、感覚障害、視力、聴力、うつ、意欲、睡眠、尿失禁、記憶、膝や腰の痛み等」も転倒に影響すると思われるが、これらもすべて2群同等であろうか。筆者の120例の検討では、10項目以上ではどうしても同等の2群20例を抽出することはできなかった。

結局、脳卒中中の症状は非常に多彩で、有意差のない2群といっても極めて表面的なもので、何をみて2群は同等と判断するかでリハ介入は無効、あるいは有効となる可能性があるということである。

ここに書くべきことではないかもしれないが、脳卒中という複雑な障害へのリハ介入が、本当に RCT の結果の一言で評価され得るか否かに疑問をもっている。より複雑な看護を担う看護師達は、患者さんへの看護介入の結果を RCT などではなく、昔から一例一例語るように記述する「ナラティブメディシン」の技法を採ってきた。リハ医療という全人的、繊細な医療を担う我々も、単なる数学や統計にとらわれず、より人間的な評価法を検討していくべきと思われる。



専門医・認定臨床医制度の 確立と将来

前国立障害者リハビリテーションセンター
江藤 文夫



はじめに

日本リハビリテーション医学会設立 50 周年を迎え、学会専門医制度も創設されて 33 年になるが、本学会は、学会設立当初より独立した診療科として、専門医制度を志向していたようである。

医療の本質のなかにリハビリテーション（以下リハ）の芽は潜んでいるにしても、専門的な領域として登場したのは 20 世紀に入ってからで、医療におけるリハ部門の名称の初発はアメリカ合衆国（以下、米国）においてである。わが国に導入されたのは第二次世界大戦後にさまざまな制度改革が米国の指導のもとに実行されたなかで、医学・医療において米国が力を入れたのは、医師資格の全国試験、麻酔科、リハ科の導入であった。

医師資格のための全国試験は、国家試験と

して、すなわち政府による資格認定制度として整備されたことから、本来、専門職団体が自らの仲間の資格要件を倫理とともに規定すべきものを、その専門職団体の努力放棄を促し、定着させるかの如く作用したと思われる。この問題は明治維新前後からの西洋医学導入の歴史に絡むものであり、本題から逸れるので論じないが、専門医制度を考える際には、整理を必要とする。日本医学会を日本医師会の内部組織としたのは米国の指導によるところが大であるが、インターン制度も含めて、極めて妥当な仕組みのように思われ、過去を改めることはできないにしても、経緯と意義については十分な考察を要するはずである。

麻酔科では米国の意向が反映されたかの如く、1960 年に厚生省（当時）医務局長通知による「麻酔科標榜の許可について」に基づく許認可資格が誕生したことに後押しされ、1963 年に麻酔科指導医制度として発足した。

標榜医資格は、明治以来の医師法とは別に1948年に公布され、以後改訂されてきた医療法を根拠とする*。

リハ科については、故明石謙氏が世界リハ基金のテイラー氏の発言として「我々は日本にもリハ医学会を作っているから、帰ったら出席するように」と言われたことに対して、アメリカ人の思い上がりともとれるような言動と評している¹⁾。しかし、あからさまではなかったかもしれないが、米国の意図が反映された側面は少なくないであろう。英国(UK)において、リハ医学会(BSRM: British Society of Rehabilitation Medicine)が発足したのは1990年であり、その前身の医学的障害学会(MDS: Medical Disability Society)が誕生したのは1984年である。筆者が1980年の前半に英国に滞在した経験では、当時の英国のリハ医療が日本より遅れていたとは思えない。当時、日本を評して「リバーサル」の国と言われ、不愉快に感じたことがあったが、今では西洋中心の国際社会を思う時、実を射た表現と感ずるようになった。下から積み上げていくより、ある時お上により、下からの活動とは別に制度が作られ、普及していくことになじんできたので、医学や医療においても同様である。

以上のような個人的思いを背景に、日本リハ医学会における専門医および認定臨床医制度の発足から今日に至る経緯と、専門医認定

*医療法第70条2項、及び医療法施行規則第42条の4に基づく。医療法は、医療を提供する体制の確保と、国民の健康の保持を目的として、公布は1948年7月30日、施行は同年10月27日、最終改訂は2008年5月2日。

制評価・認定機構とのかかわりなどについて記憶を整理してみたい。経緯を含めて制度そのものの公的な記述は『リハ医学白書』を参照されたい。

専門医制度発足から 専門医広告に関する申請に至る頃

1 専門医・認定医制度の提案と承認

専門医制度発足当時の雰囲気は、総合リハ誌の1980年1月号で掲載された座談会「卒後教育の在り方と将来への指向」に反映されている²⁾。学会発足当時にはリハ科や講座を有する大学病院は皆無であったが、1970年代に各県1校を目指して新設医大や医学部が設置される動向のなかで、獨協医大においてわが国最初のリハ科学講座が1974年に開設された。次いで、川崎医大、産業医大、東海大医学部にリハ医学の講座が設置された。

大学病院にリハ科関連施設の設置を促すために、1969年第6回日本リハ医学会総会の折に「第1回全国大学病院リハ・センター連絡協議会」が結成された。その後、総会のたび毎に本協議会が開催され、ほぼ5年ごとに全国大学医学部のリハ医学教育の実情が調査されるようになっていた。前述の座談会の頃には中央診療部門としてリハ医療を提供している大学病院を含めると、ほぼ75%の大学病院で診療が行われるようになっていた。

この座談会が収録された1979年に、東京で開催された第16回日本リハ医学会総会(佐藤孝三会長)において、専門医・認定医制度の創設について基準案が提案された。提案は、

医学教育委員会で検討されてきたもので、理事会、評議員会では賛成が得られていた。しかし、総会において反対意見があり、緊急に提案された修正案を含めて総会出席者に賛否が問われたが、反対者の数は無視しえないと学術集会長の判断があったようで、「未だ討議を十分に尽くしていないので今後、継続審議すること」が適当として提案は承認されなかった。認定制度の創設に絶対反対という意見はなかったが、「全国的に研修システムが未だ整備されていない状況での認定制度のスタートは時期尚早」とするもの、「専門医と認定医の2本立ての制度は、専門医試験の2段階制度とは異なり、制度として不適切」といった意見があったように記憶する。いずれももっともな意見であり、卒前教育の貧弱な状況を解消するめどは立たないにしても、学会主導で卒後教育を充実させるための研修システムを確立し、研修のさらなる充実を求める意見が多少なりとも反映されたのは、わが国ではまれな出来事であったかもしれない。翌年も東京で開催された第17回日本リハ医学会総会（佐々木智也会長）で、大きな改訂のないままの本提案が審議され、承認された。

第17回日本リハ医学会総会において専門医制度が基準案通りに可決されたことで、初年度経過措置によるリハ医学専門医が公募され、応募者36名につき医学教育委員会において認定基準細則にのっとり審査が行われ、18名が適格と認められ、氏名が公表された。これら18名の専門医は、直ちに「リハ医学専門医・認定医認定委員会委員」の委嘱がなされ、次年度以降の認定基準、試験問題の作成などの作業に着手した。

初年度経過措置による専門医で構成された認定委員会において研修施設の規定を含めて審議し、専門医認定基準細目ならびに認定医認定基準細目が策定され、1981年5月に制定された。専門医は、種々の疾患に基づく障害の全般的なりハ医学について5年以上の研修を経験したうえで、その経験症例の報告と筆記試験、口頭試問によって認定されることとなった。また、認定医は脊髄損傷や脳血管障害、脳性麻痺などのうち、特定の分野の障害を10年以上経験し、10篇以上の研究論文を有する医師に対して、書類審査により認定されることとなった。1981年度の合格者は、専門医20名、認定医44名であった。専門医・認定医の数が一定以上に到達するまでの5年間は経過措置とされ、1986年度から研修施設の認定作業が開始された。この年の審査結果で、専門医が常勤する研修機関45施設、認定医が常勤する研修機関41施設が適格と認定された。大学病院（分院を含む）で研修機関として認定されたのは前者で19施設、後者で3施設であった。

2 若手リハ医の会と卒後研修制度

はじめに述べたように、本学会は設立当初より独立した診療科として大学医学部や総合病院に設置されることの必要性を強調し、同時に専門医養成を目指したが、具体的な取り組みが活発化したのは1970年代に入ることである。特に、1972年5月の第9回日本リハ医学会において、横浜市大病院の土屋弘吉会長がシンポジウム「リハにおける医師の役割」を企画したことが大きなきっかけを作った。土屋会長は全国の内科、整形外科の

教授に対して「リハ専門医は必要と思うか」、「貴病院でリハ科が必要と思うか」といった内容でアンケートを行ったところ、回答率は70.1%で、「必要」とする回答はそれぞれ80.4%、60.6%であった。リハ医学への関心の高さが確認され、リハ医療における医師の役割が整理されたことで、専門医制度創設への活動が活発化することになった¹⁾。しかし、大学病院でのリハ施設普及は貧弱なままで、専門医を養成するための研修制度は欠如していた。そこで、1975年10月に学会主催の「医師卒後研修会」の第1回が開催されることになるが、そこにはリハを専攻しようとする若い医師の集まり「若手リハ医の会」の働きかけもあったとされ¹⁾、前述の座談会においても取り上げられている。

専門医制度を志向する機運のなかで、リハ医療・医学に関心を有する若手医師の集まりが「若手リハ医の会」として発足したのは、1972年のことである。仲間集めはたまたま学会などで知り合う機会に行われたが、特に1973年度に開始され、旧国立身体障害センターで実施された「補装具適合判定医師研修会(現在の、義肢装具等適合判定医師研修会)」

は格好の仲間集めの場となったようである。寄り集まっては、言いたい放題ストレスを発散させるだけでなく、自主研修セミナーを企画するようになったのは1974年からで、初期のプログラムは表1のとおり、相当に充実した内容であった。こうした実績を背景として、東京周辺のローカルな会は発足5年を過ぎる頃から、会員が全国に広がり、会員相互の交流の一助としてニュースを発行することになった(図1)。きっかけは、別府市で開催された第15回日本リハ医学会での集まりだったようだ。学会印象記を掲載した第1号を読み直してみると率直で辛辣ながら的確な発言が多く、熱気に満ちた雰囲気を感じさせる。こうして、会の存在が学会内でも認知されるようになった^{1,2)}。この間に、医学教育委員会は卒後研修システムの運営にも力を入れ、専門医制度を裏打ちするものとして整備していった。

学会専門医制度の発足に伴い、卒研が専門医を目指す医師のための研修会として明確に位置づけられるようになった。また、「若手リハ医の会」は発展的に解消する一方で、初期の専門医合格者が発起人となって、1983

表1 「若手リハ医の会」自主研修セミナー

	開催時期	講師	テーマ	開催施設
第1回	1974年9月	中村隆一	中枢性まひのリハビリテーション, 脳性まひを中心に	東京都養育院病院
第2回	1975年3月	綿森淑子・他	失語症のリハビリテーション	東大病院
第3回	1975年7月	加倉井周一・他	歩行分析について	横浜市大病院
第4回	1975年9月	エリック・ビエール (同時通訳: 荻島秀男) 岩倉博光	PNFの原理と臨床的適応範囲 末梢循環について	東京都養育院病院
第5回	1976年7月	大井淑雄	筋収縮のメカニズム	横浜市大病院
第6回	1976年12月	平井俊策	脳卒中のリハビリテーション, 局在診断を中心に	東大病院

日本リハ医学会主催の卒後医師研修会第1回開催は、1975年10月



図1 若手リハ医の会ニュース1～3号

年に日本リハ医学会専門医会が学会とは独立した任意団体として設立された。さらに、専門医制度が後述するように揺れ動きながら確立されるに伴い、専門医会は学会内組織として再編された。すなわち、2005年の日本リハ医学会総会において専門医会の設置が承認され、専門医会内部での対応がなされ、2006年度より、あらためて「専門医の資質向上を図り、関係する研究・研修活動に積極的に取り組み、リハ医学・医療の発展と普及に寄与することを目的」として組織され、日本リハ医学会専門医会として再出発することとなった。

3 専門医広告に関する申請の受理

1987年6月の総会で承認された認定臨床医制度の導入は、本学会も加盟していた学会認定医制協議会（学認協）での専門医認定制度の方向性に合わせて導入されたものであった。診療科名の標榜に関する議論があり、リハ医学会としては「リハ科」という標榜科名を確立するためには専門医の数が十分ではな

いという認識があった。しかし、認定臨床医制度の発足により、従来の認定医の呼称に関連して名称の混乱と相互に位置づけの誤解を生じることが問題となり、制度の改正がはかられた。学会では1987年8月に関連委員会による合同で認定臨床医認定委員会を発足させ、制度の改正案を作成した。7年間の経過措置による特例として総会での承認を経て認定臨床医制度は開始されたが、1991年5月の総会において専門医制度ならびに認定臨床医制度が改正された。その結果、1992年度より従来の専門医と認定医を一本化し、専門医として認定を受けられるものの資格を二分し、いわゆるコース1（従来の専門医，専門医-1），とコース2（従来の認定医，専門医-2）を定めた。

専門医-1では、認定臨床医制度で筆記試験が導入されたことから1995年度から筆記試験が廃止され、経験症例の報告と口頭試問によって判定されることとなった。また、専門医-2の認定基準は従来の認定医と大差はなかったが、前者と同様に認定臨床医の資格

を得ていること、すなわち、筆記試験に合格していることが条件として加えられた。さらに、2002年度からはコース1, 2の区分は廃止され、臨床研修と試験による専門医制度に統一された。

この間に、1992年の医療法の改正により、診療科名（標榜診療科名）の抜本的な見直しのため、1993年3月に「医道審議会診療科名標榜専門医委員会」が設置され、新たな診療科名の追加を含めた診療科名の在り方に関する検討が行われた。その結果、1996年の追加により、標榜診療科名として「リハ科」が承認された。同時に追加されたのは、アレルギー科、心療内科、リウマチ科、歯科口腔外科であり、理学診療科は廃止された。

次に、2002年3月末の厚生労働省告示により、2002年4月1日から「専門医の広告」が出来るようになった。これは、当時の規制緩和の政策が反映されたものと推察されるが、この専門医広告は日本における専門医についての方向性を公的に提示したことになる。しかし、学認協以来、専門医制度の整備により「社会に信頼される専門医」の確立を活動目標としてきた日本専門医制評価・認定機構（専認構）の存在を揺るがすものとなった。厚生労働省としては「告示の広告は医師の専門分野の情報提供であり、臨床知識や技能の習得レベルを表示するものではない」とし、都道府県知事への通達では「届け出の受理の当職による専門医告示に定める基準の審査に当たっては、専門医資格の客観性を担保するため、医学医術に関する団体の意見を聴取することとしていること」と述べて、暗に専任構への配慮を示唆した。そこで、専任構

に加盟して専門医制度を整備してきた各学会は、厚生労働省告示に示された基準に即して、制度の見直しと整備を行い、専認構や日本医師会等と相談して、厚生労働大臣に申請することとなった。

本学会においても、告示で示されたいわゆる外形基準に照らして、専門医制度の見直しを行った。さらに、先の厚生労働省から都道府県知事への通達に配慮して、本学会常任理事らと専認構の理事長らとの懇談を行った。こうして、現在の専門医制度に関する規則として整備された改定案が策定され、2003年6月の日本リハ医学会総会で承認され施行されることとなった。認定する医師の名称は「リハ科専門医」とされた。生涯教育研修受講や臨床経験に基づく専門医の更新制度については、従来10年ごとであったものが5年ごとに改められた。専門医の広告についての申請は、2004(平成16)年3月1日付で届出が受理された。

4 認定臨床医制度の存続

2003年の時点での専門医総数は831名で、認定臨床医は4,232名であった。専門医制度の見直しにおいて認定臨床医の取り扱いが討議された。専門医については、外形基準を満足すると判断されたが、認定臨床医については認定基準における資格要件として、医師歴4年以上、学会の認定した研修施設において1年以上の研修とされていたことから、外形基準を満足できない者が含まれ、専門医へ移行するためにはあらためて資格審査が必要とされた。そこで、「認定臨床医」のうち、「リハ科専門医」へ移行する資格要件及び資格審

査・認定方法等に関する経過措置（5年間、2009年3月31日まで）を定め、2003年6月の日本リハ医学会総会に諮り、承認された。資格要件としては、①本医学会が認定した認定臨床医のうち、認定後10年間に規定（認定臨床医生涯教育基準）の生涯教育単位を40単位以上取得して資格を更新した者、或いは、②本医学会が認定した認定臨床医のうち、規定の生涯教育単位を20単位以上取得した者で、認定後5年以上10年未満のリハ医学に関連した臨床歴を有していること。資格審査については、試験制度を必要とすることから、認定臨床医認定基準で試験制度が導入される以前の対象者については、専門医認定試験実施要領に準じて試験を実施することとした。移行試験は、2003年3月に第1回が実施され、各年度2回ずつ、11回実施された。

専門医制度の確立に伴い、認定臨床医制度の存続の可否について議論されたが、リハに関わる医師の需要は拡大しているとの認識と、学会内での歴史的経緯も含めて当面現状のまま存続することとしたところ、受験者数は専門医試験受験者数と同等であった（年度：専門医受験者数/認定臨床医受験者数、2004：39/34、2005：54/36、2006：57/42、2007：58/84、2008：66/74）。そこで、存続する方向で「認定臨床医認定基準」の改正を2006年の総会に諮り承認され、資格要件の変更が2007年度より施行された。認定臨床医の定義としては「リハ医療の適切な臨床経験・技術・知識を有する医師」とされ、資格として医師免許取得後5年以上（旧、4年以上）、本医学会加入後3年以上（旧、4年以上）、

学会抄録1篇もしくは筆頭論文1篇の項は削除等の改正が行われた。その後の専門医、認定臨床医の総数は、それぞれ2008年度は1,650名/4,127名、2009年度は1,732名/4,025名、2010年度は1,789名/3,923名、2011年度は1,854名/3,914名となっている。

日本専門医制評価・認定機構について

1 学認協から専認構へ

「専門医の広告」に関する告示を受けて、本医学会として基準を満たすよう学会専門医制度の見直しと整備を実施したことを前述した。整備にあたっては、専認構の前身である専門医認定制協議会（学認協）や日本医学会などに助言を求めたが、この告示では、わが国の専門医制度のあり方や方向性を示すものではなく、第三者的な評価審査機関に委ねて、認可する方式にはなっていない。わが国の伝統的な専門職の資格認定システムに即したものであるが、厚生労働省では2011年10月に「専門医の在り方に関する検討会」を設置し、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として、新たな専門医に関する仕組みを構築するための議論を進め、2012年8月31日付で、中間まとめを発表した。専門医の認定機関についても重要課題とし、専任構の提案した専門医制度の基本設計を中心に議論されていたことから、1980年以来活動してきた専認構の活動の経緯について考えてみたい。

「学会認定制協議会」（学認協）は、第三者

的な性格と機能の拡充を図るために機構改革を行い、2000年4月から名称を「専門医認定協議会」（専認協）と改め、新たに第三者が加わった評価審査専門委員会などを設置し、専門医を認定するための機能を強化してきた。2002年の専門医の広告に関する告示の外形基準の第1項は「学術団体として法人格を有していること」であり、当時の専認協に加盟する50学会中法人格を有しないものは19団体あり、専認協が第三者機関として機能するためにも法人格を有することが条件とされ、同年度中に有限責任中間法人日本専門医認定機構が設立された。さらに、民法の大改正に伴い公益法人への移行を検討し、2008年3月に社団法人として認可され、名称も「日本専門医制評価・認定機構」（専認構）に改め、今日に至っている。日本リハ医学会は学認協の設立当初より会員として参加しており、専門医制度については一貫して専認構の方針を尊重する立場にある。

専認構の先行母体である学認協は1980年に認定（専門）医制度を有する20の学会の情報交換の場として発足し、翌年11月に加盟22学会によって第1回の総会が開催された。その後、学認協の会員としては、1984年に当面は日本医学会加盟の学会の会員を条件とすることが承認された。1988年2月に診療科名等の表示に関する検討会（厚生省、日本医師会、日本歯科医師会などからの13名の委員で構成）の報告書が発表され、そのなかで診療科を3群に分類することが記載された。第I診療科群：患者が最初に受診することが予想される診療科群、第II診療科群：第Iの群に対して専門分化した診療科、第III

診療科群：主として他の医師からの紹介で受診することが適当と考えられる診療科の3群で、第I群は自由標榜を維持し、第II・III群は専門医（認定医）の表示を認めることとされた。これを契機として、各学会での認定医制度の施行が急増し、2002年度までに加盟学会は50学会に達した。

また、専認協時代には事項別専門委員会が設置され、そのなかに区分検討委員会が置かれた。学会ごとの制度の調整・整備を協議するために、協議群として第I群（基本的領域の学会で、後述する三者承認対象の学会群）、第II群（サブスペシャルティの学会で、基盤とする領域の認定に上積み研修方式の学会群）、第III群（I及びII群以外で、これから位置付けが協議される学会群）に分けて、関連学会群による部会方式で調整が進められた。本学会は当初、第III群に分類されていたが、区分検討の協議が進むにつれ、形成外科、救急医学とともに基盤領域が特定できないことから、臨床研修の面も考慮して協議会として基本領域群への追加が2002年度の評議員会（総会）に提示され了承された。しかし、三者承認の対象については三者懇談会の了承は得られていないことから、さしあたり三者承認の枠外と付記された。この区分検討に関しては、2000年度に学認協当時の本学会の代表委員にアンケートが寄せられたことから、本学会の役員会でも取り上げ議論され、第I群が適当という方向で意見が集約された。

2 三者懇について

専門医制度の発展には日本医師会及び日本

医学会との連携が必要とされ、1985年8月に、日本医学会からの呼びかけに基づき、いわゆる三者懇談会の第1回会議が開催された。懇談会では、専門医（認定医）制度のあり方、社会から容認される制度の育成などが自由討議の形で論議され、以後定期的に行われてきた。その経過で、三者承認の実施についての具体的な諸事項の協議がなされ、日本医師会長・日本医学会長・学認協議長の三者による基本的領域診療科として14領域をあげ、13学会（その後15領域、14学会）の認定（専門）医の三者承認を1994年4月1日付で実施することとなった。また同時に、医療法に基づく標榜診療科目と認定医表示とは切り離すこと、認定医の表示は医療施設内に止めること、基本領域診療科の認定医を重複して表示することはできないこと、更新が認定されないものは表示を撤去すること、診療報酬とは関連しないこと、などを三者間で確認した。2002年4月現在で専門医に関する三者承認者数は150,462名に達していた。

ところが、2002年4月の専門医の広告に関する厚生労働大臣告示に対して、当時の日本医師会長は「大臣告示は行政指導」であり、三者懇談会は「専門医の広告」を審議する機関ではないと批判的意見を述べ、三者承認の取り扱いについては放置され、2003年6月の第27回三者懇談会において三者承認を終了することとなった。ただし、三者懇談会は継続するとされた。

なお、専認構には2012年10月現在で79学会が加盟しているが、専門医制度の評価・認定により承認されているのは、基本領域18専門医制度（リハ科専門医を含む）とサ

ブスペシャルティ領域17専門医制度であり、加盟学会の半数に達していない。



専門医の現況とあり方

1 米国の専門医制とリハ

2006年8月に日本医学会、日本医師会、専認構および学識経験者からなる「日本専門医制審議会」が発足し、より国民に理解されやすい専門医制度確立のため、数回の審議がなされてきた。しかし、社会からの認知に不安感を抱いたまま、専門職団体のイニシアチブは停滞している風であった。ところが、2011年に厚生労働省、すなわち政府による検討会の設置により、活発に議論が展開し始め、社会的認知度も高まりつつある。学認協の創設以来30年以上経過して、やはり伝統的決定様式に従うことが予想される。こうした専門医制度の現況とあり方について、米国の専門医制度の歴史を参照しながら考えてみたい^{3,4)}。

日本の医師の歴史は、西洋キリスト教世界における医師の発展の歴史を共有しない。麻酔科もリハ科も基盤は内科領域にあるが、西洋から導入された時代状況を反映して外科系のニュアンスが強い。米国の専門医制度の歴史をみても、また医師の資格制度における全国試験においても国家あるいは連邦政府が主導するものではなく、あくまでも専門職団体のなかで生まれ育ったものである。しかし、わが国では明治維新により政府が医師の資格要件を定め、養成施設を規制し運営することに対して異論は乏しく、医師の専門職団体が

育っていなかったということであろう。さらに、医師という呼称からして律令制度に由来するものであり、中央で養成され、地方に派遣された官吏に類するものである。

米国で医師の専門制の分化が加速され、専門医制度が創設され、整備された。専門制ボードの概念は1908年にDerrick T Vail医師によりアメリカ眼科・耳鼻咽喉科学会での会長講演において初めて提案された。最初の専門医制度は、眼科医師の集団が1916年に眼科試験のための会議を開催したことに由来し、アメリカ眼科ボードが生まれた。その後、1924年に耳鼻咽喉科ボード、1930年にアメリカ産科・婦人科ボード、1931年にアメリカ皮膚科・梅毒学ボードと続いた。

1933年6月11日、4つの専門制ボード、アメリカ病院協会、アメリカ医学校協会、各州医学ボード協会、医学教育と病院のアメリカ医師会評議会、医学試験管の全国ボードの代表が参加して会議が開催された。ここで、医学専門制のためのAdvisory Boardが創設された。すなわち、これがABMS (Advisory Board for Medical Specialties, 後にAmerican Board of Medical Specialties)である。1948年までに、14の新しい専門医制ボードが認定され、合計18になった。このなかにリハ科 (PM&R) も含まれた。ABMSでは1961年に内規が改定されているが、1948年から1969年までには新しい専門医のボードは認証されず、その後6診療科が追加され、現在ABMSが認定している領域は24領域である。

米国におけるリハ医学の専門医は、物理医学と組み合わせられていることが特徴である。

20世紀初頭に電気とX線の医学、医療への応用が普及し始め、第1次世界大戦での傷病兵に対して内科医は、「リコンストラクション病院」において電気刺激、ジアテルミー、ヘリオセラピーに加えて温熱、マッサージ、運動、水治療を含めた「理学療法」を実践し始めた。こうして1920年代に理学療法を実践する医師の団体が形成され、物理医学、理学療法、電気療法、放射線学、リハなどの名称変遷があった。ABPMR (物理医学とリハのアメリカボード) がABMSにより正式に認定されたのは1947年1月である。この時の名称は、American Board of Physical Medicine (ABPM, アメリカ物理医学ボード)であったが、2年後にHoward A Ruskの要請により、その名称に「リハ」を含むものに変更され³⁾、現在に至っている。

なお、シカゴのNorthwestern大学医学部の教育病院で初めて物理療法医学の教育がJohn Stanley Coulterにより開始された1926年に³⁾、東京大学でも物療内科が設置された。前述の医療法制定時に診療科名として標榜を認められた理学診療科 (または放射線科) は、Physical Medicineのニュアンスであったが、リハ科のイメージとは結びついていなかった。わが国で、この診療科は東大以外では設置されることはなく、類似の部門は放射線が治療手段としてより診断法としての応用が急速に普及する間に、新たに放射線科の一部として取り込まれるか、温泉療法を推進する部門として設置されることとなった。

2 専門医の在り方に関する検討会

厚生労働省では「専門医の在り方に関する

検討会」を2011年に設置し、2012年度末をめどに報告書のとりまとめを企図した⁶⁾。わが国での、このような専門医制度への関心の高まりに伴い、海外における制度の紹介もさまざまに行われてきた⁵⁾。リハ科に関しては、国際的にはPhysical and Rehabilitation Medicine (PRM) の呼称が普及しつつある。米国の歴史に比べ、ヨーロッパ諸国では専門医制度の確立は遅れた。その一方で、注目すべき動向としてヨーロッパ共同体専門医(EUMS: European Union of Medical Specialists) のボードとPRM部門がある⁷⁾。遠い道りではあるが、国際的な医師資格についての議論のなかで、各国ごとの制度の確立が希薄な、比較的新しい専門領域であるリハ科が一つのモデルを生み出す可能性があるろう。

上記検討会は2012年8月31日付の「中間まとめ」に沿って取りまとめがなされ、2013年4月22日付で「専門医の在り方に関する検討会 報告書」が公表された。そこでの専門医の枠組みは専認構で議論されてきたように、専門医を「基本領域専門医」と「サブスペシヤルティ専門医」に二分し、基本領域専門医の取得後にサブスペシヤルティ領域専門医を取得するという2段階制が支持されている。その流れでは、18の基本領域に総合診療医(総合診療専門医)を加えた19の診療領域が基本領域専門医として認定され、これらが初期臨床研修2年間に続く後期研修(3~4年間)において選択され、その研修期間内にサブスペシヤルティ領域の研修が選択されることになる。「専門医」と「認定医」との関係についても整理が必要とされた。多数

の課題が整理され、具体的には学会から独立した中立的な第三者機関を創設して、新たな仕組み作りを進めることになる。

前述のEUMSと連動したPRMでは、専門医を目指す医師は研修医としての登録(オンラインで申請し、無料)が必要とされるが、ヨーロッパPRMボードでは詳細な卒後教育カリキュラムだけでなく、医学部学生(卒前教育)に関しても15時間の必修プログラムを提示している。リハ医学会でも、かつて卒前教育に関する履修内容について提言したが、全国的な医学部教育に反映されることはなかった。しかし、専認構はわが国における専門医ボードの形態に育ってきたように思え、検討会の議論でも少しずつわが国のあり様も国際標準に合わせて、変化しつつあることは感じられる。

検討会では医師の偏在が重要課題として意識されているが、資料として2010(平成22)年の厚生労働省による必要医師数実態調査の結果が紹介された。図2は、必要医師数に関する結果である⁶⁾。診療科別の現員医師数に対する必要医師数の倍率はリハ科が1.29倍と最も高く、同様に必要求人医師数の倍率についてもリハ科が1.23倍と最高であった。本調査における必要医師数とは、「地域医療において、現在、貴施設が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数」として定義され、アンケート調査がなされた。

リハ科専門医の需要については、専門医会において2007年に「リハ科専門医の需給に関するワーキング・グループ」を設置して検討した結果、専門医の必要数を3,078~

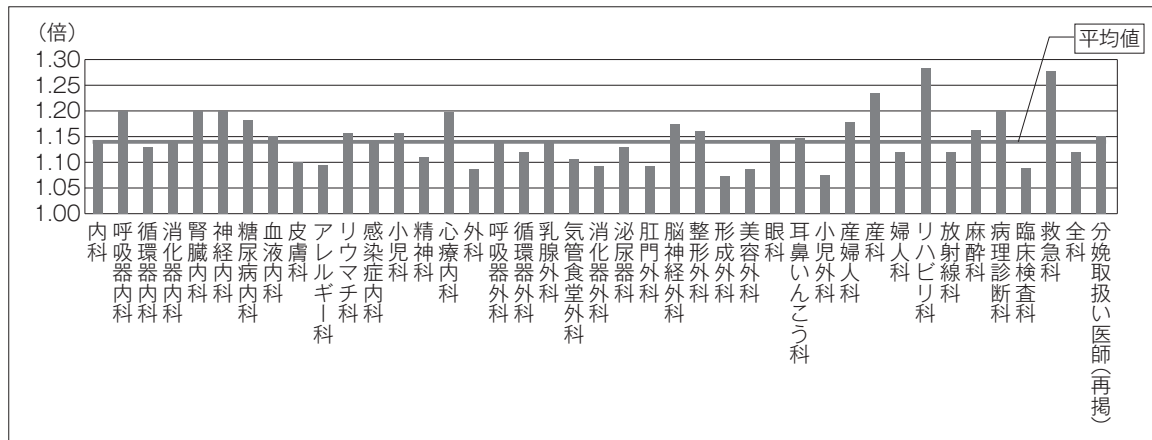


図2 現員医師数に対する倍率（必要医師数）／診療科別

厚生労働省平成22年度調査より、全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象（10,262施設）として、地域医療において施設が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数、現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍の順であった。

4,095人と推計した。2007年9月現在のリハ科専門医の総数は1,384名であった。当時の専門医数の伸び率から、4,000名に到達するのは2069年と悲観的な推計が報告された。しかし、2011年度の専門医数は前述の通り1,854名に増加し、この間に認定臨床医から移行試験による合格者を含めて約500名増加している。専門医試験の受験者数も増加しているため、必要数に到達する年度は早まるものと期待される。



おわりに

リハ医学会は設立当初より専門医制度の創設を目指し、大学病院といった教育病院での認知を求めながら、認定制にかかわる第三者機関の確立を期待して1980年にスタートした学認協以来の専任構（日本専門医制評価・認定機構）での議論と方針を尊重してきた。徐々に権威として成長してきたが、厚労省が

検討会を立ち上げ主導することで、急速に方向性が定まりつつあるように感じる。

現在のところ、研修システムや教育機関での講義の企画がほとんど無視されてきた総合診療医を基本領域に加えて、2015年以降の医師国家試験合格者から新たな専門医制度をスタートさせることが見込まれている。卒後5年以上を経て、基本領域の専門医試験により資格を取得し、そのための研修中の卒後4年以上臨床経験を経た時点で、サブスペシャリティ専門医の研修開始を可能とする。第三者機関の設置に関する方向性で、厚労省は2013年度予算要求を検討したが、現段階では取り下げられた。わが国のユニークな専門職資格の歴史も多少は見直されつつあるのかもしれない。その場合、専任構に第三者機関の機能を委ね、新たな枠組みで(社)日本専門医機構(仮称)を設立することが議論されている。一方で、専任構加盟学会の半数以上で、未だ専門医制が認定されていないので、

当面は専任構も存続させざるを得ないようである。さらに、新専門医制度の発足に向けた移行措置を定める必要があり、2015年度に臨床研修を開始した医師が後期研修を開始する2017年度からの新制度開始を想定すると、議論を急ぐ必要がある。ただし、移行の開始時期については2017年度ではなく、新たな仕組みのもとで専門医研修が修了する見込みの2020年度以降とすべきとする見方もある。

専門医制の確立は、医師という専門職の資格認定の仕組みともかかわり、専門職を養成する教育研修の在り方ともかかわる課題である。グローバル化の時代に、リハは新しい領域であり、常に国際的なスタンダードを意識しながら専門領域としての確立に努めてきた。今後も国際動向を意識しながら、国内の第三者機関を尊重し、わが国の仕組みに合わせた国民のための専門職団体として努力し発展することを願うものである。

文 献

- 1) 明石 謙：日本リハビリテーション医学会史—学会発足以後—, リハ医学 21 : 261-267, 1984.
- 2) 土屋弘吉, 岩倉博光, 蜂須賀研二, 大橋正洋, 上田 敏, 安藤徳彦, 津山直一：座談会／卒後教育の在り方と将来への指向—専門医制度をめぐる—, 総合リハ 8 : 27-36, 1980.
- 3) Association of Academic Physiatrists : The History of PM&R, an overview. (URL : <http://www.physiatry.org/?page=history> より) (2013年)
- 4) ABPMR : A History : The First 50 Years. Arch Phys Med Rehabil, 78, No.5, Suppl.2 : 2-49, 1997. (Martin GM, Opitz J : First 50 Years. The American Board of Physical Medicine and Rehabilitation. ABPMR, Rochester, 1997.)
- 5) 菊地尚久：〈報告〉海外での専門医制度についてのセミナー, Jpn J Rehabil Med 47 : 27-30, 2010.
- 6) 厚生労働省：専門医の在り方に関する検討会, 中間まとめ, 平成 24 年 8 月 31 日. (URL : <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002iixs.html> より) (2013年)
- 7) Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialists. (URL : <http://www.euro-prm.org/index.php?lang=en> より) (2013年)



日本リハビリテーション医学会の 国際化

京都府立医科大学名誉教授

平澤泰介



はじめに

21世紀を迎えようとしていた日本では、当時、高齢化、情報化、技術革新、多様性、そして国際化がキーワードとなっていた。医学・医療界でもこれらのキーワードをいかに取り入れて発展すべきかが問われていた。特に国際化（globalization）が政治・経済・文化などあらゆる領域に浸透してきたなか、医学会の多くが「国際化」に向けた活動を始めた。国際会議の主催・共催、国際共同研究、医学研究者の招聘・訪問活動、途上国への医学教育・啓発活動などである。

日本リハビリテーション（以下リハ）医学会においては、1997年に上田 敏組織委員長のもと「Across the bridge toward the 21st century」をテーマとして、京都において国際リハ医学会第8回世界大会（IRMA VIII）

を開催したことが契機となり、国際化の意識が高まった。海外55か国から557名、日本から1,089名の参加者を得て、私たちは世界のリハ医学会の最先端を知るとともに、日本リハ医学の進化した状況を世界に知らしめた。また、アジアをはじめとする途上国からの参加者を支援したことにより、リハ医学の啓発ができたことも一つの成果であった。従来、1対1レベルであった人的交流が、多数対多数に広がり、国際協調・貢献を発展させるための重要な契機となった^{1,2)}。



国際交流の推進にむけた 国際委員会の設立

このような機運のなか、1999年1月に日本リハ医学会は国際委員会を発足させ、リハ医学の国際交流のための活動を開始した。国際委員会内規には「リハ医学・医療の国際交

流を図り、国際活動を推進する」と目的を掲げ、

- ① 海外の Corresponding Member 及び Honorary Member の検討
 - ② 海外研修制度、海外交換研修制度の検討
 - ③ 関連国際会議及び海外の学会情報の収集と会員への提供
 - ④ 国際会議の後援や主催についての検討
- の4つの業務を推進することとなった³⁾。

国際交流を推進するにあたっては、海外に情報交換や訪問の対象、あるいは国際会議を共催できる相手国のリハ医学会組織が必要であり、その準備のための交信対象が Corresponding Member や Honorary Member である。各々、海外交流会員、海外名誉会員とも邦訳できるが、他学会でも英語のまま呼称されているのでそれに従った。

海外研修・交換研修は日本リハ医学会会員が海外のリハ医学会やリハ関連の医療・研究施設を訪問すること（海外研修）と、逆に海外のリハ医学会専門家が日本で交流すること（外国人リハ医師交流）を助成する制度で、これも個人レベルから始まる重要な学術交流となる。以上の活動は、日本リハ医学会理事会、評議委員会、総会の承認を得て2000年はじめより正式な開始となった。



日本リハ医学会の 国際交流推進活動

1 Corresponding Member・Honorary Member

Corresponding Member と Honorary Member の性格は多少異なる。

Corresponding Member は自国のリハ医学会の発展に寄与している海外の医師や研究者で、日本リハ医学会との国際学術交流に関して情報交換を行うことができる者が対象となる。したがって、選出に際しては国別分布や専門別分野などを考慮して、偏らないようにしている。内規²⁾には Corresponding Member 資格として、

- ① 65歳未満で、所属国のリハ医学を専門とする医師又は研究者で、日本リハ医学会との国際交流に貢献できる者
- ② リハ医学に関する十分な業績を有する者をあげている。

一方、Honorary Member は日本リハ医学会の発展にすでに寄与したりハ医学を専門とする医師・研究者が対象で、資格を

- ① 65歳以上の日本国籍を有しない者
- ② 所属する国のリハ医学を専門とする医師又は研究者
- ③ 研究・著書等でリハ医学の発展に寄与した者
- ④ 日本リハ医学会学術集会における招待講演や会員の留学受入等で貢献した者

としている。両 Member とも日本リハ医学会の名誉会員、役員、あるいは評議員の推薦を受けて候補となり、国際委員会が資格審査したうえで理事会において最終決定がなされる。両 Member の人数上限は30名である。Corresponding Member に対しては任期を5年として、再任時には日本リハ医学会への寄与を審査することとした。内規には、権利として日本リハ医学会の出版物への投稿、学術集会での発表応募、要請に応じて日本リハ医学会に対する提言ができることを示した。

現時点（2013年4月）での両 Member の内訳が表1である。Memberの方々には、日本リハ医学会の海外研修助成候補の短期訪問研修や施設内での研究発表・意見交換の場の提供、外国人リハ医交流助成プログラムの候補の推薦、日本リハ医学会誌への投稿記事などをいただいている。

2 海外研修助成制度

海外研修助成制度は、日本のリハ医が海外のリハ医学関連学会に発表したり、海外のリハ施設を訪問して研究に関する情報交換、すなわち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。45歳以下の会員で、

- ①国際学术交流に相応しい語学能力を有すること
- ②海外の学術雑誌に First Author として1篇以上、リハ医学に関する原著論文があること、または
- ③リハ関連の海外学術集会あるいは国内外の国際学術集会に1回以上の口演発表の経験があること

の条件を満たす者が応募できる。国際委員会が一次審査を行ったうえ、理事会の最終審査で決定される。研修終了時に報告書や研修記を提出し、日本リハ医学会刊行物を通して会員に報告する義務が課されている。

表1 Honorary Members と Corresponding Members (April 2013)

Honorary Members
Henry B. Betts (USA), Sae-il Chun (Korea), Gunnar Grimby (Sweden), Satiko Tomikawa Imamura (Brazil), Jun Kimura (USA), Frederic J. Kottke (USA), John L. Melvin (USA)
Corresponding Members
Michael Philip Barnes (UK), Jeffrey R. Basford (USA), Joel A. DeLisa (USA), Martin Grabis (USA), John Kingston Ker (Australia), Jian-jun Li (China), Karl H. Mauritz (Germany), Gary A. Okamoto (USA), Chang-il Park (Korea), Lawrence R Robinson (USA), Daniel Wever (Netherlands)

表2 海外助成訪問施設・参加会議国別一覧

年度	人数	施設訪問	会議参加（施設訪問と重複あり）
2000	3	米国 ギリシャ オーストラリア	米国 オーストラリア 韓国
2001	3	ドイツ	イギリス オランダ オランダ
2002	2	米国	米国
2003	3	米国	米国 チェコ
2004	3	米国 ドイツ 韓国	カナダ スウェーデン
2005	3	米国 米国 カナダ	米国 カナダ ブラジル
2006	4	米国 米国	イギリス 米国 イギリス
2007	2	オーストラリア	米国
2008	2	米国	ドイツ
2009	4	米国	トルコ トルコ トルコ
2010	4	フランス	イタリア 韓国 台湾
2011	4	米国 英国	プエルトリコ スペイン
2012	3	米国	米国 カナダ
合計	40		

本助成の対象者は開始2000年4月から2013年3月まで40名であった。海外の学会や訪問施設は米国、欧州、オーストラリア、韓国と多岐にわたった（表2）。学会発表・施設での講演内容は、リハ基礎分野、脊髄損傷、義足、脳卒中、高次脳機能などに関するものであった。

この他、海外で重要な国際学会がある際には特別助成を行っており、これまでに17名が利用している。

3 外国人リハ医交流助成制度

海外のリハ科医が、わが国のリハ施設を訪問して自身の研究に関して訪問先施設内発表、もしくはリハ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。45歳以下の海外リハ医学会専門医、あるいは同等組織に所属するリハ医学専門家で、

- ①国際学術交流に相応しい英語もしくは日本語会話能力を有すること
- ②海外の学術雑誌にFirst Authorとして1

篇以上、リハ医学に関する原著論文があること

- ③リハ関連の海外学術集会あるいは国際学術集会に1回以上の口演発表の経験があること、

を応募資格とした。海外研修助成制度と同様、理事会で最終審査がなされる。リハ医学会員に対して、成果と交流内容を報告する義務を負うこととした²⁾。なお、国際委員会がアンケート調査で集めたわが国のリハ専門施設資料などをもとに、助成決定者には研究内容に応じて訪問先候補や関連するリハ関連学会を紹介している。

2001年4月から始まった助成の対象者は、2013年3月までに37名であった（表3）。専門分野は臨床歩行分析、痙縮治療、スポーツリハ、脊椎、リウマチ、転倒の分析、電気診断と多方面に及んだ。2011年の震災の影響で、最近の2年間は応募者が途切れたが、2013年には応募が再開した。訪問先責任者と助成終了者のアンケート調査では、おおむね良好な交流が図られており有意義であった。

表3 海外交流医国別対象者一覧

年度	人数	国別対象者											
2001	2	米国										韓国	
2002	2	米国		イスラエル									
2003	2		オーストラリア								香港		
2004	14										韓国(2回日韓カンファレンス)		
2005	3	米国									香港	中国	
2006	4		オーストラリア		ベトナム							中国	台湾
2007	3	米国			ベトナム	マレーシア							
2008	2	米国			ベトナム								
2009	3	米国					タイ	インドネシア					
2010	2	米国										韓国	
2011	0												
2012	0												
合計	37	7	2	1	3	1	1	1	16	2	2	1	

国際学会の主催・共催

1 国際リハビリテーション医学会第8回世界大会 (The Eighth World Congress of the International Rehabilitation Medicine Association, IRMA VIII)

国際リハビリテーション医学会第8回世界大会は、国際リハビリテーション医学会 (International Rehabilitation Medicine Association - IRMA) が4年ごとに定期的で開催する国際会議であり、リハ医学の臨床、研究、教育または障害者福祉について世界各国の研究者、実地従事者が国際レベルで研究成果を発表・検討、経験の交換及び人的交流を行う唯一の重要な会議である。第8回世界大会のテーマは「Across the Bridge toward the 21st Century」で、上田 敏会長のもとに1997年8月31日～9月4日、京都の国立京都国際会議場で開催された。

全参加者数約1,800名で全55か国・地域より、日本(1,058名)、米国(83名)、韓国

(63名)、中国(香港を含む、47名)の参加を得た。海外参加者のうち中東を除くアジア諸国が35%を占めていた¹⁾。

(1) 開会式、ウエルカムレセプション (図1)

8月31日(日)午後5時～6時10分、メインホールにおいて高円宮殿下、同妃殿下のご臨席のもとに開会式が開かれた。千野直一組織委員会事務局長の開会宣言に続いて、上田組織委員会委員長、吉川弘之日本学術会議会長(主催団体代表)の挨拶、高円宮殿下のお言葉、Martin Grabois IRMA会長及び津山直一組織委員会名誉委員長の挨拶があり、祝電披露、壇上の来賓紹介(米本恭三日本リハ医学会理事長、山下真臣日本障害者リハ協会会長、IRMAの役員等)の後、田中信行式典部会長の閉会宣言で幕を閉じた。

これに引き続き、午後6時～8時、スワン・ルームおよび庭園において高円宮殿下ご臨席のもとウエルカムレセプションが盛大に行われた。開会式、レセプションとも、同時期・同会場で並行して開かれた第34回日本リハ



図1 IRMA VIII ウェルカムレセプション

医学会への参加者にも呼びかけたためもあって、特にレセプションは足の踏み場もないほどのにぎわいであった。

(2) 企画演題と一般演題 (図 2)

9月1日(月)朝から学術プログラムが始まり、連日9～10時はメインホールで総会講演が行われ、第1日の「脳の可塑性」(伊藤正男東大名誉教授、日本学術会議前会長)、第2日の「リハ医学における評価」(Derick T. Wade, イギリス)、第3日の「リハにおける組織的臨床マネジメント」(John L. Melvin, 米国)、最終日の「老年医学とリハ医学」(Dennis S. Smith, オーストラリア)は基礎と臨床の広い分野にわたる最新の成果について優れた概観を与えてくれた。また最終日に

は Graboys IRMA 会長による Sidney Licht 記念講演「21世紀のリハ医学」が行われた。

一般演題は683題(口演377, ポスター306)、企画演題とあわせると総計936題、連日12の会場が並行して進行している状態で、非常に内容豊富な学会になった。

(3) 国際会議の感想と今後の方向

①世界のリハ医学の最新の達成に学ぶ：1,000題に近い演題、特に総会講演、教育講演、シンポジウム等の企画招待演題を通じて、各国のリハ研究とともに、最新・最先端の成果を学ぶことができた。これは必ずしも欧米の先進諸国だけではなく、アジア・アフリカ等の途上国においても、「地域社会に根ざしたリハ(CBR)」の活動など、今後の日本リハ



図2 IRMA VII セッション風景



医学のあり方を考えるうえで多くの示唆を与えてくれた。また、特に報告内容から学ぶところが多かっただけでなく、優れた多数の研究者と親しく接し、討論を交わすことができたということが大きな刺激を与え、今後の国際交流、共同研究などの手がかりを与えたという意味でも大きな意味をもった。

②日本のリハ医学の現状を世界に知らせる：日本に最新のリハ医学が導入されてから30数年になるが、当初は非常に大きかった欧米とわが国との差はこの間に著しく縮小し、日本は今やリハ医学先進国の一つに数えられるようになった。しかし、言語的障壁もあり、従来日本の研究業績が広く世界に知られ、正しく評価されるという状況には必ずしもなかった。今回の会議では、日本から多数の講演、シンポジウム等の参加者、一般演題を通じて、わが国のリハ医学の研究と臨床の現状を広く世界に知らしめることができた。これは今後の国際交流、共同研究の推進のうえで大きな意味をもつものと考えられる。

③アジアをはじめとする途上国への国際貢献：アジア・アフリカ・中南米・東欧諸国のように途上国あるいは一時的に経済的困難に陥っている国々からの参加を促進するために、参加者に対する財政援助を行うことを計画し、幸いに日本財団の補助を受けて24か国からの参加者に種々の財政援助を行うことができた。これにより、諸国からの研究発表が促進されるとともに、今後の諸国におけるリハ医学の発展に貢献することができ、わが国の国際的評価を高めることもできたと考えられる。

④国際学会の運営と地元の協力：国際学会

ではハプニングがつきものである。数年後の他国での国際学会では会議場が数十分停電となり、講演者を含めてあわてさせられたことがあった。今回の学会は種々の点で運営担当者が機敏な対応を示し、さすが国際都市京都といわれるほど運営担当者の信頼が高かった。

千人にも及ぶ参加者があると急病人の発生は避けることができない。あまり知られていないことであるが、最初に京都府立医大病院の救急室に運ばれたのがある国のVIPであった。大学のスタッフは救急指令が出されてから深夜にもかかわらず、スムーズな対応を行った。力士並の巨漢で長旅の疲れにアルコールが加わったせいもあったようだが、徹夜の対応をしてくれた看護師達のおかげで、翌日の夜には前日のことがうそであったように元気になられ、特別講演を無事すまして喜んで帰国された。

2 ニューミレニアムシンポジウム

国際委員会が発足してから、日本リハ医学会が主催・共催した国際学会にはニューミレニアムシンポジウム(New Millennium Asian Symposium on Rehabilitation Medicine)と日韓合同リハカンファレンス(Korean-Japanese Joint Conference on Rehabilitation Medicine, 2002)がある。ともに時限の特別委員会が立ち上げられ、国際委員会委員も参加して進められた。

本シンポジウムはアジアにおける日本リハ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(インドネシア、サウジアラビア、韓国、

クウェート，マレーシア，中国・香港・マカオ，フィリピン，シンガポール，台湾，タイ，ベトナム）から23名の講演者を迎え，総参加者数178名で，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セッションがもたれた。アジア諸国のリハ医学の現状と今後の国際協力のあり方などが議論された³⁾。

3 日韓合同カンファレンス

日韓合同リハカンファレンス（図3）は，

2000年6月に第37回日本リハ医学会学術集会が行われた際，石神重信会長の立案で，韓国からのゲスト5名と日本リハ医学会理事4名，国際委員会委員4名が集まり，共催の方針を打ち出した。アジアにおけるリハ医学先進2か国の密な交流を願って，他の多くの学会の事例にならう形で行うこととなった。両国のリハ医学会理事会の合意を得て，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名の参加を数えた。シンポジウムにStroke Rehabilitation，パネ



江藤文夫先生と Sac-il Chun 先生



レセプションにて，左から Park 夫妻，筆者夫妻，石神重信先生



Travelling Fellow の紹介（千野直一先生）

図3 日韓合同リハカンファレンス

ルとして Spinal Cord Injury, CP, RA (Bone & Joint) があげられ、一般演題を含め 229 の総演題数となった。

第 2 回は京都洛北の地、国立京都国際会館にて 2004 年 4 月に筆者（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。日本リハ医学会の好意により Fellowship Award が用意され、14 名の若手韓国医師に手渡され、さらに Best Poster Award として、韓国 2 名、日本 1 名、アメリカ 1 名、ブラジル 1 名が選ばれた。全体を通して、主にアジアにおけるリハ医療の現状と将来への方向性が討論された。アジアでは人口の 5～10% に障害があるという数字に驚かされた。リハ医療を必要とする患者は後をたたない。フロンティア精神に溢れたリハ医の活躍の場は無限であろう。2 日間ではあったが、内容の濃い大会であった^{4,5)}。

海外各国のリハ医学・医療の状況

国際交流を考える時、念頭におかなければならないのが、相手国のリハ医学・医療がどのような現状なのかであり、それにより交流の形態も異なる。リハ先進国であれば、相互の学問の交流、共同研究などが主体になるであろうし、途上国であればリハの啓発的側面が大きくなると思われる^{5,6)}。

1 リハ医学の専門性

リハ医学会の浸透度は国によって様々で、

リハ医学会もそれ自体が存在しなかったり、存在してもリハ専門医制度がない場合や独立した複数の団体が存在する場合もある。1 つの基準として、リハ専門医制度の有無は重要となる。1999 年 11 月にはワシントンで米国、カナダ、英国・欧州、イスラエル、日本、韓国、オーストラリア・ニュージーランド、フィリピンの各国リハ医学指導者が集まり、専門医教育と認定制度の基準が話し合われ、その認識が高まった。米国リハ医学会の専門医教育内容は神経系、筋骨格系、切断、心・肺・血管系、リハ関連の基礎医学、筋電図などであり、1 年間のインターン、3 年間のリハ専門レジデントを経て、筆記試験、さらに 1 年の臨床経験を経て、口頭試問を受ける 2 段階方式である⁶⁾。

データの信頼性には問題があるが、1999 年の米国リハ医学会のアンケート調査では、世界 45 개국から応答を得て、43 개국でリハレジデントプログラムがあり、そのうち 41 개국で専門医制度があること、専門医総数は 25,300 人、レジデント数は 4,200 人余りであることが示された。また、専門医受験資格として 4～5 年の卒後教育を課している国が多く、脳卒中、骨関節疾患、脊髄損傷、脳外傷、疼痛リハ、老年医学、小児リハなどが主な教育対象であった。これによって専門医としての平均的な像が示されたといえる。

同じ専門医でも、日本、韓国、フィリピン、イスラエルなどでは米国流のリハ医学会組織が作られているが、英国と歴史的にその影響力が大きいオーストラリア、ニュージーランド、香港、マレーシアなどでは形態を異にする。それらの国では、多種の専門医の教育・

認定を一括して司る機関が存在して、その1部門としてリハ専門医が位置づけられている。多くの場合はコンサルタントとして存在するリハ医であり、その数は人口に比して極めて少ないのが現状となっている。また英国と欧州の多くの国では、歴史的背景から神経系と骨関節系疾患のリハは各々、神経内科、整形外科が扱っていることが多いのも特徴である。しかし、1999年のISPRM (International Society of Physical and Rehabilitation Medicine) の発足に伴って、Physical and Rehabilitation Medicine in Europeとして、英国、ドイツなどで組織化が進んできた^{7,8)}。

一方、リハ医療を支えるコメディカルスタッフとの協調も大切で、日本理学療法士協会は、アメリカ合衆国、英国に次いで世界第3位の会員数を有する組織へと発展し⁹⁾、また日本の作業療法士数はアメリカに次いで第2位、WFOTが認定する養成校数は世界第1位となった¹⁰⁾。日本言語聴覚士協会を含め今後の国際協調が期待される。

それまでであった2つの国際学会 (IRMA : International Rehabilitation Medicine Association と IFPMR : International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation) が合併し誕生した学会である ISPRM は、2013年現在、Marta Imamura (ブラジル) を会長に、リハ医学の普及と発展のため積極的活動を展開しつつあり、日本リハ医学会は、より一層の関与を期待されている。

各国の文化的背景

国際的視点でリハを考えるうえで、国によ

る習慣・文化の違いは念頭におく必要がある。生活様式の違いはその端的な例である。日本を含めたアジア圏では、床(畳)上生活を基本としていたり、トイレや浴室構造が西欧と異なる場合も多い。食事様式や生活リズム、宗教的背景で異なる例もある。こういった生活環境が特異な国が西欧の国々、例えば米国 UDS (Uniform Data Set) にみるような国際共同研究をやろうとすれば、当然のことながら ADL 点数の違いが露呈する。国際委員会ではアジア諸国のリハ専門医にリハの実践に関するアンケート調査を行い、中国、香港、台湾、フィリピン、シンガポール、タイ、インドネシア、パキスタン、クウェートから回答を得た。それによると、

- ①リハ医学の国民的認知は遅れており、マッサージや民間療法と同等と考えられている場合が多い
- ②家屋や道路・交通機関が障害者に対応していない
- ③裸足での床生活などの習慣が車椅子や補装具を阻む

などが問題視されていた。また国によっては障害者が家族から介護を受けるのが当然であって、障害者の生活自立が意味をなさない場合すらあるという。生活支援リハを共通の問題意識で話し合うには、ニューヨーク大学バッファロー校の CIRRIE (Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange) が指摘しているように、文化・習慣の違いを考慮しなければならない。

また、リハチームについても、文化的、歴史的差異により大きな差が存在する。今後、それぞれの文化に相応のチーム形態を具体的

に模索していく必要があろう。

中国ではリハビリテーション専門医の制度は確立されておらず、日本との交流は JICA program の支援によって発展した中国康復研究中心 (China Rehabilitation Research Center) が主な窓口となっている。2012 年に本学会の Corresponding Member となった李建軍教授が Director をしている。彼が主催している「Beijin International Forum on Rehabilitation」は 2012 年で 7 年目を迎え、therapist を含めた国際的学術交流が深められており、今後も李建軍教授を中心とした日本との活発な交流が期待される。



日本リハ医学会における 国際化の展望

国際委員会発足後以来、リハ医学・医療に

関する国際交流・情報交換の場を設けることを第一にあげ、活動が行われてきたが、その素地は完成しつつあると思われる。そのうえで、先に述べたように、医療としてのリハはその国の保健状況、医療保険制度、リハスタッフの普及状況、文化・習慣などに大きく影響され、リハ医学の位置づけ、認知度も異なる。今後、国を越えた研修教育制度、教育陣の派遣制度、海外に連絡機関・人物をおくこと、積極的なリハ普及活動を国際的に行うことなどが求められている。さらに、リハ医学・医療の国際的な発展という視点では、従来、米国一辺倒だった路線を修正して、欧州はもとより、アジア諸国との連携を念頭において、国際協力・共同研究を考える必要があろう。

謝辞 資料の追加、および修正をしていただいた国際委員会前担当理事の才藤栄一教授に深謝する。

文 献

- 1) 上田 敏：国際リハビリテーション医学会第 8 回世界大会を終えて。リハ医学 34：731-736, 1997.
- 2) 平澤泰介, 岡島康友：会告—国際委員会内規についてのお知らせ。リハ医学 38：867-868, 2001.
- 3) Chino N, Ishigami S, Akai M, et al：Current status of rehabilitation medicine in Asia: a report from New Millennium Asian Symposium on Rehabilitation Medicine. J Rehabil Med 34：1-4, 2002.
- 4) 田島文博：日韓リハビリテーション合同カンファレンス 2004 運営に携わって。臨床リハ 13(7)：657-658, 2004.
- 5) 平澤泰介：「Japanese Korean Joint Conference on Rehabilitation 2004」開催の記。総合リハ 32(10)：1000-1002, 2004.
- 6) DeLisa JA：Certification and measuring competency in the U.S. Arch Phys Med Rehabil 81：1236-1241, 2000.
- 7) 岡島康友, 平澤泰介, 小池純子・他：リハビリテーション各専門領域の国際動向。リハビリテーション専門医。総合リハ 30：495-499, 2002.
- 8) 社団法人日本リハビリテーション医学会：リハビリテーション医学白書, 2003, pp118-124.
- 9) 日本理学療法士協会：日本理学療法士協会四十年史, 2006, pp1-223.
- 10) 日本作業療法士協会：作業療法白書 2010, pp1-129.



社会に開かれた 日本リハビリテーション医学会へ

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室教授
里宇明元



はじめに

設立 50 周年の節目となる 2013 年を前に、2012 年 4 月、日本リハビリテーション（以下リハ）医学会は、晴れて公益社団法人への移行を果たした。当時、理事長として多くの学会関係者の協力を得ながら、移行に向けての困難な取り組みを進めてきた立場から、何とか責任を果たせたことに安堵するとともに、設立 50 周年に向け、少しでも明るい話題を残せたことを素直に喜びたい。公益社団法人となったことを機に、本学会はこれまで以上に学術の発展に力を注ぐとともに、常に社会とのつながりを意識し、社会貢献に向けた活動を一層強めていく責任がある。本稿では、公益社団法人移行までの歩み¹⁾と関連学協会との連携について振り返り、未来に向けて本学会が果たすべき役割を考えてみたい。



公益社団法人への移行

1 公益法人制度改革 3 法の施行

2008 年 12 月の公益法人制度改革 3 法の公布を受け、すべての社団法人、財団法人、中間法人は、2013 年 11 月 30 日までに「一般社団法人」か「公益社団法人」のいずれかを選択しなければ、解散を余儀なくされることになった。すなわち、本学会は、旧民法上の特例社団法人として位置づけられ、期限までにどちらかの法人への移行を決定する必要に迫られた。

わが国の公益法人制度は、1896(明治 29)年に民法で定められ、以来、長きにわたり、そのもとで運用されてきた。しかしながら、制度が時代に合わなくなったため、2000 年より抜本的改革のための検討が開始され、

2006年に「公益法人制度改革関連3法案」が成立した²⁾。改革の目的は、「民間非営利部門の活動の健全な発展を促進し、民による公益の増進に寄与するとともに、主務官庁の裁量権に基づく許可の不明瞭性等の従来の公益法人制度の問題点を解決すること」にある。

2 まず情報収集から

公益法人制度改革3法の施行を受け、筆者が理事長に着任して間もない2008年7月の役員会において、「公益」と「一般」のどちらの法人を選択するかが審議された。しかしながら、当時は役員も新制度をよく理解できておらず、また具体的な情報も限られ、制度の全体像がつかめない状況にあった。さらに、制度設計が必ずしも学術団体を想定したものではなかったため、公益性の判断において、学術団体がどのような扱いになるかは不明確であった。このため、①5年間の移行期間があることをふまえ、ひとまず決定を先送りにし、制度の詳細、他学会の動向などの情報を十分に収集したうえで判断する、②そのために公益法人制度対応ワーキンググループ(WG)を立ち上げ、情報収集と分析、定款改定案の作成を行う、③今後、公益法人への移行が決定された際にも困らないように、移行期間内に必要な手続きをとれるだけの時間的余裕をもって、定款の改定を具体化する、④2010年の実施に向け準備を進めてきた学会初の評議員選挙は、現行定款(当時)のもとで行う、ことが決定された。

今振り返ると、移行の判断を先送りにしたことが、のちの役員選出における「ねじれ現象」を生み出し、その後の選挙制度をめぐる

混乱につながったと考えられるが、当時、医学界全体で公益法人制度への対応が暗中模索の状況であったことを考えると、その時点で取り得る最良の選択であったと思う。

3 当時の医学界の雰囲気

当時の医学界では、一部の学会が比較的早い時期に公益社団法人への移行を決定し、具体的な準備を進めていたものの、公益認定ガイドライン自体の制定が大幅に遅れ、2009年春ようやく制定される見込みという状況であったため、ほとんどの学会は、まずは制度がどのように運営されていくのか、様子眺めといった雰囲気であった。

わが国の医学系学術団体を束ねる日本医学会においても、2007年より臨床部会運営委員会のなかに「公益法人に関する作業部会」が設けられ、公益認定を巡る課題が議論されていた³⁾。主な論点は、検査検定・資格付与(専門医制)、研修・育成(学術集会)、表彰などが公益目的事業と認められるかどうかであり、内閣府からは専門医制は公益であるという医学会としての共通の考え方をまとめてほしいという要請が寄せられていた。専門医制度の公益性を認定するうえでのポイントは、公正性と一定の質の確保、専門家の適切な関与などとされ、当時始まっていた専門医制度改革を巡る議論とも符合する内容であった。

4 初めての評議員選挙へ

以上のように、当初は制度そのものの不透明さに加え、本学会自体も評議員の選任方法が公益法人制度から大きくはずれているという根本的な問題を抱えていた。すなわち、従

来、評議員は会員による選挙ではなく理事会により選任され、さらに評議員会が理事を選任し、理事会が評議員会に案件を諮問して、ダブルチェックするという仕組みであった。一方、新制度では、理事会には業務執行機能を、評議員会にはそれをチェック・監督する機能をもたせることになっており、理事会が評議員を選任するこれまでの仕組みは不適當であった。さらに、2006年6月の評議員会および総会において、評議員の選出方法の透明性を高めるべきとの意見が出されていたこともあり、法人法の改定に合わせ、会員による評議員選挙の実施が必須となった。これを受け「評議員選挙制度に関する検討委員会」が設置され、理事会での議論、地方会連絡協議会での意見聴取、評議員アンケートなどを経て、2008年6月の評議員会および総会で「日本リハ(以下、同)医学会評議員選挙規則(案)」および「日本リハ医学会評議員選挙に関する内規(案)」が承認され、2010年3月に初めての評議員選挙を実施することとなった。

5 役員選出の「ねじれ現象」

しかしながら、2008年7月の役員会で公益法人への移行の可否の判断が先送りされたことを受け、評議員選挙は、当時の定款のもとで行われることになった。この場合、新評議員の承認は評議員会および総会(2010年5月)で行うこととなっていたため、本来なら選挙により選出された新評議員が新役員を選ぶか、あるいは評議員選挙と並行して役員選挙が行われるべきところが、評議員選挙のみが行われ、役員を選出は新評議員ではなく、当時の評議員によって選出されるという、

「ねじれ現象」が起こることとなった。

このように、選挙制度自体が存在しなかった本学会において、ようやく評議員選挙を導入・実施したものの、すぐに新法人法の施行を受け、評議員選挙を1回行っただけで新法に合致した代議員選挙制度を新たに導入する必要に迫られた、というのが当時の実情であった。この間の経緯は、会則検討委員会担当理事・評議員選挙に関する検討委員会委員として尽力された伊藤利之先生が、リハニュースに詳しく解説しておられ⁴⁾、会員への周知の努力は十分になされていたが、法人制度改革を受け、選挙制度が目まぐるしく変わるなかで、経過が非常に複雑だったこともあり、会員はもとより、当時の評議員の間においてさえも十分な理解が浸透していたとは言い難かった。選挙制度という学会の根幹に関わるデリケートなテーマであったために、誤解に基づく批判が寄せられたこともしばしばあり、今振り返っても、事態が刻々と動かなかで、学会という多様な会員から構成されるボランティアな組織において、合意を得ながら物事を進めていくことの難しさを痛感した。

6 公益法人化に向け舵を切る

新法人法の施行を受けて設置された公益法人制度対応WGでは、限られた時間のなかで精力的な情報収集と分析、定款改定案の作成が進められた。一般社団法人と公益社団法人の選択については、WGおよび役員会において、それぞれの利点・欠点をふまえた慎重な審議が積み重ねられ、2010年9月の役員会において、本学会のきわめて公益的な役割に鑑み、公益社団法人への移行を進めること

が正式決定された。

移行にあたっては、内閣府から出されているモデル定款に沿って定款を変更する必要があるが、WGで作業が進められたが、モデル定款には法律用語独特のわかりにくく、かつ、まどろこしい表現が少なからずあり、サイエンスの立場から簡単明瞭、直截な文章を書くことを旨としてきたわれわれ学術団体の人間にとっては、赤で添削したくなる衝動に駆られる場面もしばしばあった。さらに、モデル定款に記載されていない本学会独自の事項については、袖山裕行公認会計士と内閣府の指導・助言のもとで、改定作業が進められた。

これを受け、2010年11月開催の臨時評議員会では、公益社団法人への移行が集中審議され、そこでの意見とその後のパブリックコメントを経て、定款改定案を修正し、2011年6月の総会で承認を得ることとなった。

ようやく公益法人化への目処が立った矢先の2011年3月11日、東日本大震災が発生し、被災地はもとより日本中が大混乱に陥ることとなった。学会執行部の一部は自ら被災し、さらに関東在住の執行部も、計画停電、交通機関の混乱、錯綜し、かつ、不十分な情報のなかで、自施設での震災対応に追われながら、公益法人化を始めとする待ったなしの学会業務への対応を余儀なくされた。

震災発生当日、筆者は勤務先に泊まり、リハセンターなどで夜を過ごすこととなった帰宅困難の通院患者500名強に対応しながら、頻繁につながらなくなる電話やメールを唯一の頼りに、事務局、常任理事、関西在住の住田幹男幹事と断続的に連絡を取り合い、手探りで学会としての震災対応を始めていた。東

京でも比較的大きな余震を頻繁に感じ、テレビから流れて来る被災地の想像を絶する惨状に絶句しながら、皆一様に大きな不安のなかで、各々ができること、やるべきことに精一杯、取り組んでいたように思う。最初の1週間はほとんど家に帰れず、勤務先近くのホテル暮らしが続いたが、平時からの備えが全くないまま、いきなりの本番で学会としての震災対応を指揮しながら、公益法人化に向け重要な局面にあった学会運営に少しでも空白が生じないようにと、神経を擦り減らす毎日であった。通信手段の混乱から、常任理事、事務局との連絡もままならず、寝ても覚めても何とかしなければという焦りと、思うように進められない自身の不甲斐なさに打ち拉がれる気持ちが交錯する日々が続いた。この間に「動きが遅過ぎる。学会として速やかに被災地の支援に向かうべき」、「〇〇学会ではすでに支援物資を現地に送る手配を整えている。リハ医学会は何をやっているのか」などの叱責も数多くいただき、この非常事態に何かしなければという強い思いの表れであることは理解できたものの、情報が錯綜するなか、学会としていかに行動すべきか悩み続け、針のむしろに座っているような毎日であった。

3月末には、不安定な電力事情など震災後の諸状況を考慮して、学術集会を秋に延期することを決定した。ただし、公益法人移行までのタイムテーブルを逆算し、安全幅を考慮すると、どうしても当初の予定どおり2011年6月に総会を開催して定款改定案の承認を得ておくことが不可欠との結論に達し、総会のみを分離開催することとした。さらに、定款改定には「会員の4分の3以上の承認が必

要」という極めて高いハードルがあったため、少しでも多くの会員に出席していただけるように、災害リハをテーマとした生涯教育研修会を同時に開催することにした。併せて、総会の案内状、会員向けメルマガ、学会ホームページ、各地方会を通しての広報、役員・評議員関連施設での周知徹底など、あらゆる手段と機会を通して「定款改定には会員の4分の3以上の承認が必須」という事実の周知に努め、総会への出席および委任状の提出を強く要請した。果たして4分の3を超えられるか、当日まで眠れない日が続いたが、ほぼ満席の総会会議場および壇上にうずたかく積み上げられた委任状の山を目にし、やっと肩の荷を降ろせた気がした。寿命が10年縮まる思いをした数か月間であったが、総会の議事はスムーズに運び、学会の発展を真摯に願う多くの会員の協力により、無事、公益法人への移行申請と定款改定案の承認が得られた。

7 代議員選挙、そして役員選挙へ⁵⁾

このような紆余曲折を経て、2010年3月に本学会初の評議員選挙が実施され、新たな評議員が誕生した。それも束の間、すぐに公益法人への移行に向けて、同制度に則った新たな代議員選挙制度を導入し、公益法人認定前に代議員を選んでおく必要性が生じた。そこで、選挙制度改革ワーキンググループを立ち上げ、代議員選挙制度の構築に向けての検討を精力的に行った。その答申を受けて役員会でも突っ込んだ議論を繰り返し、また、評議員からの意見を集約しながら、制度設計および選挙実施に向けての作業が急ピッチで進められた。この結果、代議員（予定者）選挙

については当初の予定どおり2011年12月に実施し、役員選挙については、2012年1月に代議員（予定者）総会を開催し、そこで選出することが当時の理事会で決定された。これは、公益社団法人移行時（2012年4月）には、新役員の名簿を提出する必要がある、という内閣府からの指導に基づいた計画であった。

ところが、2011年8月下旬に、新定款の運用に関して内閣府に再度相談した際に、「公益社団法人移行時には新役員が決定されている必要はなく、むしろ申請時の役員名簿と移行時の役員が異なっていることは許されない」と、内閣府からの指導内容が大きく変更された。それを受け、2011年9月の理事会で対応を協議した結果、以下の理由で当初の予定通りの日程で新役員候補者を選出することとした。①すでに会員に新役員選出の日程を「1月頃（2月上旬）」と通知している。②重要課題が多々あるなかで、早めに新役員候補を決定することにより、役員会へのオブザーバー参加などを通して、法人格移行期の学会運営を円滑に進めることが可能になる。

この理事会決定をふまえ、代議員選挙候補者名簿公示後の11月上旬に、代議員立候補者に対し「2012年1月28日に代議員（予定者）総会を開催し、新役員候補者選出のための選挙を行うこと」を通知するとともに、11月の理事会で役員候補選挙の実施方法を審議・決定し、それに基づいて選挙管理委員会が実務を進めることとなった。

その過程で、「公益法人移行の段階で新役員名簿を用意する必要がなくなったのであれば、1月に役員候補者選出のために全国の代議員予定者が一同に会して選挙を行う必要が

あるのか、特に地方の会員に負担、不利益が生じないか」という意見が寄せられた。理事長としてこのような声を十分に検討しないまま、予定どおり役員候補者を選出することは、会員の理解を得ながら出来る限り民主的な方法で役員候補者選挙を実施するという趣旨からは望ましくないと判断し、再度役員会で審議した結果、1月の代議員予定者総会を中止し、電磁的方法等の可能性について改めて検討することとなった。これを受けて12月15日付で代議員予定者に対し、1月の代議員予定者総会を中止し改めて役員候補者選出方法の検討に入ることを周知した。その後、選挙の在り方に関する検討委員会、選挙管理委員会、システム検討委員会に、電磁的方法等による検討を諮問した結果をふまえ、2012年1月の理事会で審議を行い、以下を決定した。

「代議員（予定者）による新役員候補者に関する意向選挙を、電磁的方法により実施する。定数は理事20名、監事3名とする。投票は理事・監事毎に、支持する候補者に定数までの○をつける方法（理事0名～20名、監事0～3名の任意の数）で行う。理事立候補者のうち、意向選挙で得票の多かった順に20名を理事候補者として選出し、現役員会から代議員総会に提案する。代議員総会では、20名の理事候補者に対し信任投票を行い、過半数を得た者を理事として選任する。監事候補3名についても、同様の方法で選任する」。

この決定の背景には、これまでの評議員会における役員選出と異なり、公益社団法人としての代議員総会における役員選任では、役員候補者は1人ずつ出席代議員の過半数からの信任を得る必要があること、ならびに、代

議員総会の3週間後までに内閣府に新役員の名簿を提出する必要があること等があった。

一度理事会で決定された役員選挙の実施方法と時期を変更するという異例の対応をとったことについては、理事会決定の重みをないがしろにする行為であるという強い批判も寄せられた。この対応の是非は後世の判断に委ねたいが、公益法人への移行という学会にとっての重要な局面において、拙速に物事を進めるのではなく、会員の理解を得ながらできる限り丁寧に進めていくことが最重要と判断した結果であることをご理解願いたい。

選挙の仕組み作りという、学会の骨組みを規定する重要課題に対し、当時、さまざまな立場から、多くの、時には相反する意見が寄せられていた。最終決定に至るまで多くの紆余曲折があったこの数か月間は、寝ても覚めてもこのことが頭から離れない、非常にストレスが多いものであったことを今、改めて思い起こしている。同時に、事態が流動的に推移していくなか、また会員、評議員、理事の間で認識に温度差があるなかで、正確な情報を伝達しながら、学会という組織の due process を経て、合意形成に至っていくことの難しさ、大変さを実感させられた。

8 公益法人としての船出

このように代議員・役員選挙制度を整備しながら、2011年10月に内閣府に移行申請を行った。その後、内閣府とのやりとりを経て定款等の微修正を行った結果、2012年2月に公益認定等委員会から、本学会は公益社団法人に相当との答申が出された。年度が改まった2012年4月には登記を済ませ、晴れて

履歴事項全部証明書

東京都新宿区神楽坂六丁目3番3号
公益社団法人日本リハビリテーション医学会
会社法人等番号 0111-05-05335

名称	公益社団法人日本リハビリテーション医学会	
主たる事務所	東京都新宿区神楽坂六丁目3番3号	
法人の公告方法	この法人の公告は、電子公告の方法により行う http://www.jbrm.or.jp/ 事故その他やむを得ない事由において前項の電子公告を行えないときは、東京都において発行される紙質新聞、朝日新聞及び毎日新聞に掲載する方法による。	
法人成立の年月日	平成1年8月1日	
目的等	<p>目的 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。</p> <p>事業 この法人は、上記の目的を達成するため、次の事業を行う。 (1) 学術集会、講演会、研修会等の開催 (2) 会誌及び図書等の発行 (3) 研修施設・認定臨床施設及び研修施設の設定 (4) リハビリテーション医学に関する教育・研究 (5) リハビリテーションの普及・普及活動ならびに政策等の提言 (6) その他この法人の目的を達成するために必要な事業</p>	
役員に関する事項	埼玉県蓮田市大字里根3131番地6 代表理事 里 宇 明 光	平成24年 4月 1日就任
	理事 里 宇 明 光	平成22年 6月 4日就任
	理事 赤 尾 正 美	平成22年 6月 4日就任
	理事 上 月 正 博	平成22年 6月 4日就任
	理事 水 岡 正 登	平成22年 6月 4日就任

整理番号 へ510496 * 下線のあるものは補遺事項であることを示す。 1/3

図1 公益社団法人日本リハビリテーション医学会
登記簿

公益社団法人格を取得することとなった(図1)。当時の理事長として、移行申請を全面的に支持していただいた会員各位、限られた期間で大変な作業に献身的に取り組んでくださったWG委員、真摯な議論を交わしていただいた当時の関係者、裏方として支えてくださった白井幹郎事務局長ならびに事務局員、また専門家としての確かな助言をくださった袖山裕行公認会計士、そして、途中からは東日本大震災の現地対策本部長として大変な状況のなかで奮闘されながら、担当常任理事として、最初から最後までこの困難な事案に取り組んでくださった上月正博常任理事(当時)に心から感謝申し上げたい。

今後は新定款のもとに、リハ医学の発展と知識の普及、学術文化の向上に資する事業を

行い、もって医療及び社会福祉の充実に寄与するために努力していくとともに、公益性の高い法人として、これまで以上に社会に対する責任を果たしていく必要がある。早急に取り組むべき課題として、①危機管理体制の整備、財政基盤の強化など公益法人としての体制整備、②震災後の復興支援と将来の災害に対する備え、③50周年記念事業の実行、④専門医制度改革への対応とリハ医育成の加速、⑤学術活動の一層の推進、⑥社会保障制度改革に対する提言、⑦国際活動の強化などがあげられ、未来に向けて会員が一丸となって邁進していくことが求められている。



リハビリテーション関連学協会との連携

幅広い分野に関わる本学会にとって、関連する学協会との連携は非常に重要である。ここでは、リハに関わる諸団体との連携の現状を振り返り、今後の課題を探ってみたい。

1 日本医学会分科会としての連携

日本医学会は、「医学に関する科学および技術の研究促進を図り、医学および医療の水準の向上に寄与する」ことを目的に設立され、2013年1月時点で112の学会が加盟しており、各々その専門分野に従って臨床部門(80学会)、社会部門(18学会)、基礎部門(14学会)に属している⁶⁾。4年ごとに開催される日本医学会総会を主な事業とし、他にもシンポジウム、公開フォーラムの開催、医学用語辞典の編集出版、日本医学雑誌編集者会議の開催などが行われている。

さらに、最近の急速な医療情勢の変化に対応すべく、臨床部会、社会部会では必要に応じて委員会が設けられ、日本医学会としての意見表明ならびに提言が行われてきた。これまでに、医学研究の利益相反マネジメントに関するガイドライン、医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドラインが発表されており、また、公益法人化、診療関連死、専門医制度改革など、時代ごとに重要な課題が議論されてきた。さらに、日本医学会そのもののありかたや存在意義に関する議論も行われており、本学会もその一員として、関与していく権利と責任がある。

2 専門医制度評価・認定機構（専認構）における連携

専認構では、専門医制度の基本設計を基本領域とサブスペシャリティ領域の二階建てとしていくこと、認定を第三者機関に設置された専門医認定部門と研修施設・プログラムの評価・認定部門で行っていくこと、将来は専門医制度を診療報酬による評価と結びつけていくことなどが議論されている⁷⁾。

本学会は、19の基本領域学会のひとつに位置づけられており、社会に受け入れられるより透明性の高い専門医制度の構築に向けた対応を積極的に進めていく責任がある。このため、2012年4月より専門医関係に対応する委員会が従来の3つから、専門医制度委員会、教育委員会、資格認定委員会、施設認定委員会、試験委員会の5つに増やされ、活動体制が強化された。今後、研修プログラムの充実、指導医ファカルティ・デベロップメントの強化、サブスペシャリティ領域との連携等を進めていく必要がある。

ところで、基本領域とは、患者自身が最初に受診する診療科とされているが、通常は他科からの紹介が多いリハ科がなぜ基本領域かと問われることが少なくない。実際に専認構のヒアリングでも、その質問が出された。これに対し、以下の趣旨で回答したが、より説得力のある説明があれば、ぜひ、リハ科の存在意義をアピールしていただきたい。

なぜ、基本領域か。身体に一定のインパクトをもたらす疾病や外傷が発生すると、活動性低下に伴う機能低下の予防、機能回復の最大化を目的に、発症当初からリハを行うことが今や常識になっている。すなわち、リハは急性期医療の必須の要素として、患者自身が意識する・しないにかかわらず、治療の重要な一貫として提供され、医療の最も基本的な部分を担っている。事実、診療報酬上も急性期リハを重視する誘導がなされている。

回復期では多くの場合、急性期施設からの紹介により入院リハが提供されるが、実際には患者・家族自身が良質のリハを集中的に受けられる施設に行くことを当然と考え、事前に情報を調べて転院希望先を選ぶ場合が多い。すなわち、紹介の形をとってはいても、自らの意志と選択のもとに必要な医療機能を利用しているという意味では基本領域に相応しい。

地域生活期においても、機能低下等の問題が生じた場合に、直接、リハ科を受診する機会は多い。さらに、補装具の処方、痙縮や痛みの管理、リハ指導、介護指導、必要な書類の交付等を求め直接、または地域スタッフからの紹介により受診することも少なくない。

このように、急性期、回復期、地域生活期のあらゆる時期において、リハは障害を予防

し、機能を最大限に高め、障害された機能を代替し、生活を豊かにするために必須の医療機能であり、あらためてリハ科を基本領域に位置づけた先人の慧眼に敬意を表したい。

3 大規模自然災害における連携

(1) 支援活動における連携

東日本大震災発生2日後の2011年3月13日には、本学会としてリハ医療関連5団体(日本リハ医学会、日本リハ病院施設協会・回復期リハ病棟連絡協議会、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)に支援活動における連携を呼びかけ、16日には震災後のリハ支援・生活支援を多職種で行う15の団体から構成される「生活機能対応専門職チーム」に参加した。

東日本大震災発生以降、リハ関連の諸団体は早い時期からそれぞれ手探りで独自の支援活動を展開してきた。しかしながら、未曾有の大地震と津波によるあまりにも甚大な被害の実態に直面し、各団体が一致協力して被災者・被災地の支援に取り組むことの必要性が強く認識され、4月13日にはリハ医療関連5団体に全国老人デイ・ケア連絡協議会、全国地域リハ研究会、全国地域リハ支援事業連絡協議会、日本訪問リハ協会、日本介護支援専門員協会を加えた「東日本大震災リハ支援関連10団体」が結成された。以後、本学会は、独自に、また10団体の一員として、①リハを必要とする被災者の受け入れ体制の整備、②被災地での支援活動[現地会員による支援活動、JMAT・大学等のラインによる派遣、せきずい基金による被災地障害者キャラバン、石巻市、気仙沼市の福祉的避難所におけ

る支援活動等]、③移動した被災者に対する支援(福島県猪苗代市、埼玉県加須市)等、多岐にわたる。活動の詳細はすでに報告したので、参照していただきたい^{8~10)}。

(2) 大規模災害リハビリテーション対応マニュアルの策定

これまでの支援活動を通して、被災地の行政、専門職等と密に連携しながら、大規模災害下でのリハ支援活動を多職種で行うことの重要性和難しさがクローズアップされるとともに、平時から十分に備え、災害発生時には関係団体が一丸となって被災者、被災地のための支援活動を効率的・効果的に展開できるような基盤を作ることが不可欠との認識が共有された。そのための重要なツールの一つとして、これまでの災害支援の経験を通して明らかとなった問題点や課題をふまえ、現場で役に立つことを念頭に『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』が作成された¹¹⁾。

このマニュアルを研修会等で活用して、大規模災害に対する備えと災害発生時の的確な対応の一助にしていくとともに、読者や現場からのフィードバック、社会情勢や災害対応に関わる諸制度の変化等をふまえ、より有用なマニュアルとすべく、定期的に改訂していく必要がある。

4 研修活動における連携

以下の2つの研修会が、関連する学協会との連携のもとに企画・実施されている。今後、このような多職種チーム研修の重要性はますます高まるものと思われる。

(1) がんのリハビリテーション研修会

2015年にはがん生存者は533万人に達す

るとされ、いまや“がんと共存する時代”になってきている。がん患者が、経過にあわせた最適な治療やケアを受けるためには、さまざまな職種がチームを組み、治癒を目指した治療から QOL を重視したケアまで切れ目のない支援体制を確立する必要がある。そのなかで、障害の軽減、運動機能や生活機能の低下予防・改善、介護予防等を目的とするリハの必要性は、さらに増していくと考えられる。

「がん対策基本法」（2006 年成立）に基づき策定された「がん対策推進基本計画」の全体目標には、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」があげられ、この目標を実現するための施策の一つにリハの推進が掲げられている。

このようにがん医療におけるリハの重要性が高まる一方で、これまでリハ専門職に対する当該領域の教育はほとんど行われていなかった。そこで、2007 年に厚生労働省委託事業として、財団法人ライフプランニングセンターによる「がんのリハビリテーション研修ワークショップ」が開始された¹²⁾。この研修は、厚生労働省指定がん診療連携拠点病院および自治体指定がん拠点病院のスタッフを対象としたものである。

その後、2010 年の診療報酬改定で「がんのリハビリテーション料」が新設され、その算定要件にがんのリハに関する多職種チーム研修の受講が義務付けられた。これを受け、がん診療連携拠点病院以外の施設からも参加可能な「がんのリハビリテーション研修会」がスタートした（図 2）¹³⁾。この研修会は、日本リハ医学会、日本がん看護学会、日本リハ看護学会、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の 6 団体が合同委員会を組織し、運営しているものである。指導者研修も行われており、わが国のがん医療の質の向上に大きく貢献している。

(2) 災害リハビリテーション研修の実施

10 団体では、今後、わが国で起こりうるさまざまな災害に対し、リハ関連専門職が連携して速やかに適切な対応をとれるように備えることを目的に、2013 年 2 月に第 1 回目の災害リハビリテーションコーディネーター研修会を開催した（図 3）。講義を通しての知識の修得に加え、演習に多くの時間を割き、都道府県単位のチームで、さまざまな事例を体験することによって、災害対応において求められるコーディネーション・スキルの研鑽とチーム作りを行うことを目指している。

今後、育成されたコーディネーターによる地域ごとの災害リハ対応チーム研修や団体間の連携に主眼を置いたシミュレーション訓練の実施を計画している。

5 学術における連携

(1) データマネジメントにおける連携

学術団体としての重要な使命は、リハ医学・医療に関わるサイエンスの推進にある。本学会では、研究活動を支えるための基盤整備として、データマネジメント・システムの構築、研究倫理委員会の設置、競争的研究資金の獲得、各種ガイドラインの策定等に取り組んできた。

多施設共同研究を推進し、エビデンスを積極的に発信していくためには、その基盤となる良質なデータの蓄積を可能にするデータマネジメント・システムの確立が不可欠である。

そのため、2008年に筆者が理事長に就任後、ただちにデータマネジメント・ワーキンググループを設置し、学会としてのデータマネジメントのありかたを検討してきた。さらに、学会として応募したテーマが、平成21年度老人保健事業推進費等補助金に採択されたことを受け、診療ガイドライン委員会内の臨床研究・調査のためのガイドライン策定委員会を中心に、データマネジメントを具体化させていくための取り組みが進められた。

この成果として、①データベースを活用したデータ収集、②データ結合とクリーニング、③参加施設へのフィードバック、④結合データを活用した分析から構成されるデータマネジメント・システムが開発された¹⁴⁾。これは、エビデンス発信のための基盤作りに加え、参加施設のリハビリテーション医療の質の向上、リハビリテーション医療の実態把握と診療報酬や介護報酬改定に向けた基礎資料としての役割を目指している。

2012年度末までに累積で82施設、10,000件以上の脳卒中、大腿骨頸部骨折、脊髄損傷リハ患者のデータが登録されている。さらに、平成24年度老人保健事業推進費等補助金事

業にも採択され、データマネジメント事業が継続的に進められている。

このデータマネジメント・システムをリハ関係者の共有財産として育てていくべきという考えから、関連団体との協議が重ねられ、2012年9月に、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本語聴覚士協会と、データマネジメント事業を共同運営するための日本リハ・データベース協議会（Japan Association of Rehabilitation Database：JARD）が設立された¹⁵⁾。今後は、蒔かれた種が実を結ぶべく、データマネジメント・システムの洗練化と普及、多施設共同研究の企画・実施を進めていく必要がある。

(2) 日本脳科学関連学会連合における連携

同連合は、わが国の脳科学の基礎・臨床研究者を結集して、脳科学の発展ならびに普及を通して社会に貢献することを目的として、本医学会を含む基礎・臨床脳科学関連19学会によって2012年7月に設立された¹⁶⁾。学協会活動に関する情報連絡の便宜を図ること、さらに、必要に応じ脳科学コミュニティの意見を集約し、政府や国民、学協会等に対して積極的に意見表明していくこともミッシ



図2 がんのリハビリテーション研修会

ョンとしている。8名で構成される運営委員会には筆者が本学会を代表して参加している。まだ発足したばかりであるが、リハ医学にとって重要な脳の問題を関連学会とともに議論し、行動する場として、今後もしっかりと関わっていく必要があると考える。

(3) ガイドライン策定における連携

診療ガイドラインとは、特定の臨床状況において、適切な判断を行うため、臨床家と患者を支援する目的で、系統的に作成された文書であり、Evidence-based Medicineの手法を利用して作成された診療ガイドラインは、適切に用いれば臨床医にとって有用な情報源となり得る。本医学会でも、5学会合同で取り組んだ脳卒中治療ガイドラインの策定を機に、2004年、学会が主体的・先導的にリハ医学・医療に関するガイドラインを策定・公表・普及することを目的として、診療ガイドライン委員会が設置され、これまで多くのガイドラインが発表されてきた。このなかで、『脳卒中治療ガイドライン』（日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本神経学会、日本神

経治療学会）、『呼吸リハビリテーションマニュアル—運動療法』第2版（日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本呼吸器学会、日本理学療法士協会）、『大規模災害対応リハビリテーションガイドライン』（東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体）、「がんのリハビリテーションガイドライン」（がん治療学会、造血幹細胞移植学会）など、関連する学協会と連携して策定されたガイドラインもあり、診療科の垣根を越え、最良のエビデンスをふまえた患者中心のチーム医療を展開していくうえで重要な役割を果たしている。今後も、積極的に相互に乗り入れながら、関連団体との連携で質の高いガイドラインの策定を進めていく必要がある。

6 社会保障制度改革における連携

社会保障制度改革への対応として、本学会は、リハ関連5団体、内科系学会保険連合、外科系学会保険連合を通しての連携に加え、日本整形外科学会との社会保険に関する定期的意見交換会の開催、脳卒中对策基本法推進



図3 災害リハビリテーションコーディネーター研修会

協議会での活動などに取り組んできた。

これらの連携により一定の成果は得られつつあるものの、2000年4月の第4次医療法改正および介護保険制度創設以降、リハ関係の制度は目まぐるしく改定され、現場はそれに振り回されてきた感がある。さらに、リハのある部分や領域だけが充実すればよいということではなく、リハを必要とするすべての国民が、すべての場面で適切なリハ医療を十分に受けられるシステムの構築が必要である。特に、急性期から回復期にスムーズに移行できない重症・複合障害例、小児患者、難病患者など、現在の急性期—回復期—維持期という枠組みから抜け落ちてしまう対象者が少なからず存在することをしっかりと認識し、すべての方々に質の高いリハ医療を必要かつ十分に提供できる仕組みを整えていくことが求められている。その意味では、毎回の

改定における具体的要望だけでなく、中長期的展望に立ったりハ医療のありかたに関する提言を行っていく必要がある。



未来に向けて

先人たちの弛まぬ努力の積み重ねにより、リハ医学・医療は大きな発展を遂げてきた。社会に開かれたリハ医学会の今後のさらなる飛躍のためには、①リハを担う良質な人材の育成の加速、②その基盤となるリハ医学講座設置に向けての働きかけ、③良質かつ分量のリハを提供しうる社会保障制度体系の提言、④サイエンスとしての確立、⑤医療界、一般社会に対するさらなる啓発活動の展開が不可欠と考える。リハ医学というこの魅力的でエキサイティングな分野のさらなる発展を願い、稿を終えることにする。

文 献

- 1) 里宇明元：リハビリテーション医学の現状と歩み。リハビリテーション医学白書、2013。
- 2) 行政改革推進本部事務局：公益法人制度改革の概要。<http://www.gyokaku.go.jp/siryoku/koueki/pdf/pamphlet.pdf> (2013.1.27 閲覧)
- 3) 日本医学会臨床部会議事録
- 4) 伊藤利之（リハビリテーション医学会会則検討委員会担当理事、評議員選挙実施に関する検討委員会委員）：特集3 評議員選挙まで残り4カ月！2010年3月、いよいよ評議員選挙が行われます。リハニュースNo.43 2009年10月15日発行、pp6-7。
- 5) 里宇明元：公益社団法人移行審査の経過ならびに代議員・役員選挙に関するご報告。http://www.jarm.or.jp/member/member_news/ (2013.1.27 閲覧)
- 6) 日本医学会について：<http://jams.med.or.jp/about/index.html> (2013.1.27 閲覧)
- 7) 池田康夫：機構が進める専門医制度改革—中立的第三者機関の創設—。社団法人日本専門医制評価・認定機構ニュース。No.6。2011.9。pp1-3。
- 8) 里宇明元：東日本大震災後の対応—日本リハビリテーション医学として—。Jpn J Rehabil Med 48 : 635-643, 2011。
- 9) Liu M et al. How did rehabilitation professionals act when faced with the Great East Japan Earthquake and Disaster?: An interim report of the relief activities by the 10 Rehabilitation-related Organizations. J Rehabil Med 44 : 421-428, 2012。
- 10) 里宇明元：東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体の活動—シンクタンクの観点から—。臨床リハ1 : 288-290, 2012。
- 11) 東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体「大規模災害リハビリテーション対応マニュアル」作成ワーキンググループ：大規模災害リハビリテーション対応マニュアル。医歯業出版、2012。
- 12) がんのリハビリテーション研修セミナー。<http://www.lpc.or.jp/reha/index.html> (2013.1.27 閲覧)
- 13) Interview. がんのリハビリテーション。実践者の拡充と均てん化に向けて。辻 哲也氏に聞く。http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02933_01 (2013.1.27 閲覧)
- 14) 日本リハビリテーション医学会リハビリテーション患者データベース（リハ患者DB）。<http://square.umin.ac.jp/jarm-db/index.html> (2013.1.27 閲覧)
- 15) 日本リハビリテーション・データベース協議会。<http://square.umin.ac.jp/JARD/index.html> (2013.1.27 閲覧)
- 16) 日本脳科学学会連合。<http://www.brainscience-union.jp> (2013.1.27 閲覧)



50周年記念に寄せて

Message



これからの新時代への期待

祖父江逸郎 名古屋大学・愛知医科大学名誉教授

日本リハビリテーション医学会創立 50 周年おめでとうございます。

日本リハビリテーション（以下リハ）医学会創立当時のことを思い起こすと、ちょうどその頃、愛知・三重両県境にある長島で良質しかも湯量豊富な温泉が湧出し、温泉を利用したリハの一大センターを設立する計画が持ち上がり、欧米の実状を調査することになった。当時わが国では、まだリハに関しては全くというほど実施されていない状況であった。欧米では、すでに温泉療法、リハがかなり浸透しており、成果も上がっていた。欧米での現状を目にし、体験したことは大いに参考になり、刺激になった。リハの理念、実施の方法、臨床での必要性が認識され、少しずつ気運が高まり、そうした流れがしだいに太くなりつつあった。こうした動きは、日本リハ医学会設立につながり、リハが医療のなかで、はっきりした位置づけを得るようになった。

こうした状況からすでに 50 年の歳月が流れ、この間、様々な技術革新もあり、社会情勢も大きく様変わりした。それらのなかでも特筆すべきことは、少子高齢化、IT 技術の著しい進歩に伴う情報社会の出現であろう。こうした周囲環境の激変とともに、リハ医学、医療の対象、考え方、理念などにも大きな影響があり、その内容の見直しや、これからさらに 50 年先の新しい世の中を想定、新時代に相応しいリハ医学、医療のあり方を検討、将来像をデザインする必要性を痛感させられる。

これからの 50 年では、これまでより一層速いスピードで飛躍的に発展を遂げることが予測される。少子高齢化はすさまじい勢いで進行し、人口構成ががらりと変動することは間違いない。リハ医学、医療は社会の激動に応じ、その時代時代に相応しい進歩を遂げてきた。超高齢社会の出現に伴う心身機能の障害、低下へのリハ医学、医療への期待は大きく、これまでの治療対象と著しく異なった領域への対応、挑戦が要求されるわけで、それに応えなくてはならない。例えば、サルコペニア、骨・関節機能障害、嚥下障害、平衡障害、空間認知障害、高次脳機能障害、さらには呼吸・循環障害など実に幅広い老年症候群なども視野に入れたリハアプローチが要求され、このように対象症候は限りなく広がり、さらには心、スピリットのケアやリハにまで及ぶ可能性が指摘される。その守備範囲はどんどん拡大の一途をたどる傾向にある。

社会情勢についてのもう一つの大きな変動は、IT 技術の飛躍的な進歩と高度な情報化社会の出現である。そうした革新は、リハ医学、医療への影響も極めて大きく、それらの先端技術を駆使した機器やロボットの開発は、リハ医療の実施にエポックメイキングな時代をもたらすことになるだろう。

失われた身体諸機能の回復に対し、医工学的な新しい先端技術を応用する方向が幅広く展開されることにより、これまでのリハ医学、医療の内容はより精度が深まり斬新的な様相を呈することになるであろう。これまでにない全く新しい領域が開かれる可能性も秘めている。それらの基礎としての脳機能のさらなる解明と障害に対する新しい応用の道が追究されることが望まれる。

記憶の脳内メカニズム、学習効果の解明などはリハ医学、医療にとって基本的な課題で、その成果の応用が期待される。知覚、注意、記憶、学習、再生、行動など一連のニューラルネットワークの立場からリハ医学、医療を眺めることは重要である。これらのことは、すでに第 40 回日本リハ医学会の記念講演で述べたが、これからの新しい時代にあたり、こうした領域での画期的な飛躍を期待したい。



日本リハビリテーション医学会 50周年に寄せて

野島元雄 愛媛十全医療学院

日本リハビリテーション医学会が創設50周年を迎え、心から祝福するとともに、今後、さらに充実、発展することを祈念申し上げます。

この祝辞に関連し、小生が日頃考えているリハビリテーション（以下リハ）医療について、温故知新に因んで、下述の2つについて提言申し上げます。

その一つは、リハ医療、とくに理学療法、作業療法に関連して、現在は“電化”の波に追われ、廃れてしまったが、日常習慣的に行われていた雑巾がけ、水辺での洗濯などのADL動作を対象者の実施可能な範囲で検討し、理学療法、作業療法を施行することが、PNF（Proprioceptive Neuromuscular Facilitation）における屈筋、伸筋の賦活、共調活動に通じるものがあるということである。この“雑巾がけ”には、施設の壁、床、廊下などについては、対象者を使役に使うという非難も考慮されるが、汚れた小物品、ゆっくりとした廊下拭きなどを実施する。また、“洗濯”には、幼児が使用するビニール製の小プールを利用して、小衣類を洗う。以上の所作は、とくに中年以降、熟年、高齢者にとって、往年の“生活習慣”を想起させ、モチベーションの高揚に裨益するものと考えられる。

次に、よくテレビなどでみられる女子高校生が襷をかけ、床上に広げた大きな紙にたっぷりと墨を含ませた太い筆で躍動的な文字を書く仕草である。以上を小規模で行うが、書字訓練は当然のこと、視覚、触覚の活性化、協調性を賦活する。そしてFrenkel体操、側弯症の回旋端正を図るためのKlappの体操、肩拘縮の緩解のためのCodmannの体操など、協調運動、筋力強化、ROMの増大などに役立つものと考えられる。

なお、各地、各施設で日常よく実施される、民謡の唱和、それに伴う“踊り”などの身体運動は、ナースなどの他の職種とのコミュニケーションに役立つことも大きい。詳細は省略するが、実施されることが望ましい。

他の一つの提言は、これからのリハ医療には、装具、自助具、テーピング（弾性包帯）、重り（重鎮）負荷などを必要に応じ導入し総合的なアクティブ・リハ医療を進めたい。義肢は使用目的が明確であり、手足機能のため、また歩行のためのロボットは他力本願的であり、ここでは省略する。

近時、整形外科の手術の改良、進歩、ロボット工学の発展により、上述、装具、自助具などの導入が疎まれる傾向がみられる。しかし、手指、足指の損傷、変形などについての各種スプリントの工夫、併用、関節不安定症、関節靭帯損傷、変形に対する装具、自助具の工夫、併用、さらに中枢神経の変性・崩壊における四肢変形、四肢に対する重鎮負荷、弾性包帯固定など代表的併用例は若干示されているが、さらに各対象例につき仔細に検討すれば、各種の補助器具の併用が適切であると考えられる場合が多く見出されるものと考えられる。

上述、2項目の提言を述べるとともに、重ねて日本リハ医学会の飛躍を祈るとともに、学会員諸子のリハ医学研究の発展を切望してやまない次第である。

付言 小生は、昭和59年(1984年)7月に第21回の本学会を主催させていただいた。シンポジウムとして、「重度障害者に対するリハビリテーション」、セミナーとして、「地域第一線における片麻痺に対するリハビリテーション、病態のみかた」、「老人性痴呆」、「自介助器」などをとりあげて、発表討論していただいた。



わが国における義肢装具発展のあゆみと将来への展望

澤村誠志 兵庫県立総合リハビリテーションセンター

日本リハビリテーション（以下リハ）医学会が発足した50年前は、わが国における切断と義肢の領域は、欧米に比較して大きく遅れをとっていた。医師、セラピストの義肢教育は皆無であり、義肢装具製作技術者の教育施設や資格制度は存在していなかった。そこで1968年、第1回義肢装具研究同好会を神戸で開催し、義肢装具の教育、製作技術者の資格制度、法制上の課題、現行価格の適正化、義肢装具部品の開発などを俎上に上げた。これを契機に、年2回の研究・情報交流の場ができ、1972年より日本義肢装具研究会、さらに1985年より日本義肢装具学会と発展し現在に至っている。

日本リハ医学会との関係は、1971年に土屋弘吉会長が我々の活動を具現化するために義肢装具委員会設置を認められたことから始まった。そこで、「義肢装具に関する将来計画」を作成し、医師の義肢装具卒後研修、義肢装具製作技術者の養成と資格制度、支給制度の改正、標準規格化、JIS用語の作成、研究開発体制の整備などをビジョンとしてあげた。常に心掛けたことは、厚生省（当時）をはじめ、行政との連携による義肢装具支給行政の改善であった。厚生省、労働省（当時）に義肢装具委員会を設置したことが、補装具判定医師研修（1973年）、義肢装具士の養成（1982年）、義肢装具士法の成立（1987年）などに繋がった。さらに1976年には、日本リハ医学会が受け皿となり、通産省（当時）の協力を得て「福祉関連機器（義肢装具部門）標準化推進のために調査研究（加倉井周一委員長）」を開始し、切断者、麻痺患者の調査、試験法の開発、義足、金属性下肢用具部品、能動義手などのJIS規格原案、JIS用語を作成し、現在の義肢装具支給の基礎づくりとなった。今後日本リハ医学会が行政と協力して、国の施策にかかわる姿を期待したい。

一方、義肢装具領域における50年前の国際的な状況を振り返ると、当時わが国の義肢装具の情報は国際的には全く認知されていなかった。1969年にISPO（国際義肢装具協会）の創始者であったKnud Jansenから、ISPOへの参加要請を受けた。そこで、日本支部会長として理事会に参加し、同時にアジア担当の国際コンサルタントとしての仕事を開始した。徐々にわが国への期待が高まり、1989年、第6回ISPO世界会議を神戸で開催し、日本リハ医学会をはじめ義肢装具関係のすべての組織の参加協力をいただいた結果、高い評価を得ることができた。その後、ISPO会長（1995-1998年）を務めたのを契機に、アジア諸国によびかけてアジア義肢装具学会（幕張、1997年）を設立し、以後、香港、韓国、香港、神戸で学術学会を開催し、アジアのリーダーとしての役割を果たしてきている。また、アジア各国における義肢装具士の教育の必要性を強く感じ、田澤英二氏の指導のもと日本財団の支援を得て、タイ、インドネシア、フィリピンなどに義肢装具士の学校を設立する成果を得た。今後の課題はグローバルな人材育成である。2012年に神戸医療福祉専門学校三田校がISPO カテゴリーIの義肢装具士を育成するための教育施設認定資格を獲得することができ、将来より多くの人材が国際的に活動できる日が来ることを楽しみにしている。



本学会の更なる飛躍，大発展を希う

村上恵一 東海大学名誉教授／多摩丘陵病院理事長

日本リハビリテーション医学会の50周年，誠に慶賀の念に耐えない。語り部として，一般には忘失の彼方にある事柄の若干を含めて記すこととした。

いまでこそ不思議もない名称であるが，発足時の学会名に，当時は世間的には全く単語として通用も存在もしていなかったリハビリテーション（以下リハ）を冠し得たことにはそれなりの経緯があった。国民病が結核から脳卒中に代わったことを受け，1960年前後，東大の三木威勇治（整形），大島良雄（内科），九大の天児民和（整形），慶大の岩原寅猪（整形），相澤豊三（内科）等教授がリハ医学相当の導入を審議する間，米国ニューヨーク大学 H.A.Rusk ゆかりの World Rehabilitation Fund（以下 WRF）と関係して1961年に Rusk 傘下の Dr.Dacso が招聘され，日本で講演旅行が行われた。これがわが国で相当範囲の方々がリハの単語を耳にし，目にした最初といえよう。これなくして学会名に「リハ」が付けられることは極めて非現実的であったといえる。後療法，理学療法，物理療法，療育などの語が専らの時代である。後の時代に至っても，米本恭三元理事長が診療科名にリハをとり入れるにあたり多大なご苦勞をされたことは衆知のことである。あるいは1966年，筆者の恩師である相澤教授が病院長のとき，慶大病院に「リハセンター」の名が日本で最初に用いられた後も，長期にわたりその名は他で使用されなかったという事実もある。

一方，筆者が在米中の1962年，WRFのD.Wilson氏からリハ普及の目的で Pan Pacific Rehabilitation Congress を東京で開催する案が示されたが，日本で学会としての受け皿は未整備であり，結局，温泉気候学会（大島良雄教授）が日本側の母体となり後年開催の運びとなった。第二次世界大戦中の実績をもとに，世界的なりハの普及をめざし，米国大統領が“Father of Rehabilitation Medicine”と呼んだ H.A.Rusk は，Multidisciplinary Rehabilitation Medicine を掲げていた。日本でも本学会発足当初，整形外科，外科，内科，小児科，精神科，耳鼻科，眼科等を含む多科の参画があった。東大分院の小林太刀夫教授のもとにリハ医学会事務局がおかれていた期間も短くない。

本学会を介して日本に紹介され浸透したのはリハそのものに留まらない。縦関係が極めて強い日本には横の連携，チームアプローチなど，いまでは当然と思われることも半世紀前にはほとんど存在しなかったといって過言ではあるまい。現在，あるいは将来にわたり，Multidisciplinary Rehabilitation の必要性は極めて高いと思われる。

専門医制度との関連で，幸いなことにリハ医学は基礎領域とされている。現在は会員数約1万名の本学会であるが，その対象と手段の多様性からみて，現状に甘んずべきではない。会員数10万名を擁する他の学会と比べてもその対象範囲は広大である。次の時代に向けて，新しい視線で傘下に多分野を糾合し，統括する立場で大発展をとげることを望んでやまない。関連領域が多岐にわたるなかであればこそ，医学としての旗色を鮮明にし，教育・臨床・研究，各領域で自らを高め，関連制度下の各分野，各職種にも範を示さなければならない。超高齢社会のなかで，若年対象をも含め，本学会の責務は限りないところといえよう。現役学会員諸氏の活躍のもと本学会の輝かしい未来を刮目して待ちたい。



津山直一先生が語り、記されたこと

中村隆一 東北大学名誉教授／のぞみ病院顧問

津山直一先生は、「草創：国立リハの誕生と生い立ち」（国立身体障害者リハビリテーションセンター，1984）に「国立リハセンター5周年に当たり」と題して，所信を記されていた．その後の国立身体障害者リハビリテーションセンター（以下，国立リハセンター）を託された者の一人として，先生が悩み，そして努力された，国立リハセンター生成期の先生の言葉を一部紹介しよう．

国立リハセンターの設置については，昭和41年11月に身体障害者福祉審議会から出された答申に「各種リハビリテーション施設のモデルとして身体障害者の医療から職業訓練までを同一施設内において，一貫して実施する国立施設を設けるべきである．……医学的，社会的，職業的リハビリテーションや評価の部門を整備するとともに，補装具を含めリハビリテーション技術全般にわたる研究，開発部門とリハビリテーション事業に従事する技術者の養成部門についても今後国が積極的に推進すべく，これらすべての機能を総合的に結合した大規模の国立リハビリテーションセンターとすることが適当である」と記されたことによる．先生は，「私は本来整形外科医ですが，振り返ってみると日本におけるリハビリテーションとは，かなり長いあいだ共に歩んで参りました」と自己紹介され，続けて「臨床医学および社会科学の中でリハビリテーションという体系立った考え方と方法が確立されたのは，第二次世界大戦後，主としてアメリカ合衆国やイギリスの影響によるところが大きいと考えます．戦前にも日本に肢体不自由児療育や戦傷者，身体障害者の社会復帰への努力はされましたが，リハビリテーションという言葉と考え方もたらされたのは昭和25～26年であると思います．……私は，昭和30年から32年に欧州に留学し，イギリスの複数のリハビリテーション施設を見学する機会を得て，余りにも我が国との差が大きいことに唖然としました．ストックマンデビルのグッドマン先生を訪ねて，しばらく滞在しましたが，脊髄損傷患者のリハビリテーションの見事な成績に目を見張ったのです．当時，イギリスでは脊髄損傷患者が即刻救急入院できるセンターが各地に置かれ，褥瘡も尿路感染も拘縮もなく，半年余で国家から支給される対麻痺用自動車に乗って退院するのが常識でしたが，私の脳裡には化膿した褥瘡，尿路感染のための死を待つばかりの日本の脊損患者の姿があまりにも多かったからです．そうして医学的リハビリ，社会的リハビリの意義，重要性を痛感して帰国しました」と述懐されていた．さらに留学で得た体験から，「私は障害をもつ人々のリハビリテーションがどのように行われているか，その実態こそその国の医学の水準だけでなく，社会の質の水準，その国に住む人々のヒューマニティを端的に物語る指標になるものと信じております．私は，本センターを外観だけでなく，常に真に障害者のためのリハビリテーションの息吹が感ぜられる，実効・内容のあるものにならなければならないと信じております」と記していた．それから5年後（1989年），国立リハセンターならびに国立職業リハセンターの創立10周年記念式典では，先生は総長式辞で「一方では，社会経済の進展に伴い災害事故の増加や疾病構造の変化がみられ，身体障害者の増加及び重度化が著しく，さらに急速に高齢化社会を迎える人口構造の変化の中にあって，身体障害者のリハビリテーションの重要性はますます高まるものと確信いたします」と語られた．2001年，国際生活分類（ICF）が導入され，障害者／高齢者の地域社会への統合（community integration）が一層重視される時代になっている．先生が示唆された方向へのリハ医学の一層の展開が求められている．



日本リハビリテーション医学会 50周年に寄せて

福田道隆 一般財団法人黎明郷名誉理事長

日本リハビリテーション医学会創設50周年誠におめでとうございます。

弘前大学整形外科教室へ入局後、脳性麻痺、手の外科などの機能指向的発想が求められ、リハビリテーション（以下リハ）との関連が深い疾患に興味をもったことから、私が日本リハ医学会に参加したのは比較的早い時期であったと思います。

第3回リハ科専門医試験にパス後、翌年から専門医試験委員会委員を経て委員長になり、数年間その役割を果たしました。任期中に「小児療育領域で高いリハマインドをもち、多くの専門医を育てられた大先輩の先生方の専門医認定をどうするか」について、当時の理事長津山直一先生から難題をいただいたのもこの頃でした。また長年、リハ医学の研究についてご指導いただいた中村隆一先生と弘前の地で、「臨床認定医制度をどのようにすべきか」を熱く議論したことが印象に残っています。理事担当として上田 敏、安藤徳彦の両先生とともに、日本リハ病院施設協会理事会に出席し、両学会の橋渡し役をしました。以後、病院施設協会では地域リハを発展させ、また回復期病棟を立ち上げ、今は多くのリハ科専門医がこの領域で活躍しています。

1998年5月28～30日に青森市で開催した第35回日本リハ医学会学術集会では、テーマを「21世紀におけるリハビリテーション医療の位置づけ」としました。その理由は、①標榜科となったりハ科が国民や他診療科から何を期待されているのか、②サイエンスとしてのリハ医学を社会が求めるリハ医療にどのようにフィードバックできるか、応用できるかを明らかにすることでした。

一般演題612題（口演443、ポスター162、ビデオ7）、会長講演、招待講演4、シンポジウム2、パネルディスカッション3、セミナー11で、このうち脳卒中97、脳性麻痺30、頭部外傷12、脳の機能5で脳に関する発表は全体の23.2%を占めておりました。

会長講演として、リハの到達目標の向上発展のため、リハ医学の特徴である疾患・障害の横断的視点、縦断的視点の駆使、患者の理解を深める良質な医療を提供、リハ医療の資質の向上、医学と医療との連動、科学としてのリハ医学の発展などの必要性を強調しました。

それから15年が経ち、リハ医学の発展には目覚ましいものがあります。今や各種疾病や障害に対する生物学的自然回復に加え、新しい生活の再構築のため、リハの特性である「人間のもつ高い学習能力の利用、活動依存的要素の向上、新たに開発された各種の支援システムとしてのツール、環境調整」を行いながらその目的を達成することが求められます。今後のリハ医の活動として、秒、時、日、年、生涯のどの時間のなかで、どのようなアプローチが可能であるかを検討し、さらにその効果の基礎的、臨床的エビデンスを検証することが必要です。

多くのリハ専門医が各々の地、立場、領域で益々ご活躍され、リハ医学の益々の発展を祈願いたします。本学会50年の発展を支えていただいた歴代の理事長、理事、リハ会員、他学会の方々に心から感謝いたし、益々の発展をお祈り申し上げます。



日本リハビリテーション医学会 50 周年に寄せて

安藤徳彦 日本リハビリテーション医学会名誉会員

これから書く内容は日本リハビリテーション医学会の50周年を祝って語るべき「未来志向型のメッセージ」とは言い難いが、解決したい課題の一つかとも思われ、この機会に述べさせていただく。

身体障害者手帳診断書の肢体不自由に関する作成件数は、リハビリテーション（以下リハ）科以外の診療科からの提出件数が多数を占める。そして、その記載内容は診断学的記述に終始して障害状況の説明が欠如し、障害等級の判断根拠を明示していないことが少なくない。返戻しても満足な回答は返ってこない。労災・厚生年金診断書の多くは返戻なく等級が判定される事実を考えると、診断書の書式に改良の余地があるかと思わせるが、その一方で、病因を究明して根治を理想とする診療科の医師にとって、疾病の結果である障害状況を診断書に記載することは、普段の思考過程の逆転を要求する無理な注文なのであろうか。

障害者更生相談所に提出される補装具の意見書は、障害の基本状況に加えて日常の活動能力と社会生活の状態も記載して補装具の種類を判断した根拠を提示したうえで、その基本構造・材料・部品を記載すべきものだが、不十分な記述が少なくない。これも返戻に対して適切な回答を得られないことが非常に多い。最良の補装具を処方すべきは言うまでもないが、自動車に例えてロールスロイスやフェラーリがすべての人に適切とは言えないのと同じく、最高額の義肢・装具は製作者を満足させるだろうが、その人に適しているとは限らない。最適の補装具の処方と適合判定は専門の知識と技術が要求されるべきものだが、現状は理想にほど遠い。

数年前からリハ専門病院で仕事をする機会を与えられたが、当時は戸惑う日々の連続だった。医師達は診断名にこだわるが障害には関心が薄く、リハ処方箋に障害状況の記述はなく、目標・目的・方法・中止基準の記載は極めて乏しく、リハに対する進行管理もない。カンファレンスは各職種からの報告に終始して報告を質するような討議は行われず、入院期間の設定はほぼ一律に診療報酬の上限に従っている。リハ医療にかかわるシステムが全く構築されていないのである。全国で回復期リハ病床をもつ病院の2/3はリハ認定臨床医も専門医も全くいないと報告されている。多くの期待を担って設置された回復期リハ病床ではあるが、大多数の病院のリハ医療が、計画決定と進行管理を行う最終責任者が存在しない無秩序な状況で運営されているのではないかと危惧される。日本医療機能評価機構は訪問審査を通じて回復期リハ病床をもつ病院の機能を評価しているが、回復期リハ病床には機能評価を受審する義務がなく、また本質的な問題点を把握して改善を指摘できる専門医の参画が少ないことも、病院に問題の解決努力を遅らせる一因になっていると思われる。

リハ医療の普及と充実が優秀なリハ専門医の充足にかかっており、すべての大学医学部にリハ医学講座を設置することが問題解決の要であろう。最近、専門医制度が第三者機関の検討に委ねられ、リハ科が制度存続の検討対象にされていると聞き及ぶ。もし現行制度が崩れて、別の診療科の二階建て部門になるようなことがあれば、リハ医療の普及・充実はまた遠のくのではないかと危惧される。日本リハ医学会を誕生させた先達の方々、発展に寄与された大先輩、専門医制度・標榜診療科名・学術研究分野の独立等に惜しめない努力をされた先輩方の成果が、今後も絶えることなく発展に向かうことを心から祈っている。



将来の発展にむけて人材の育成を！

石神重信 柳原リハビリテーション病院

日本リハビリテーション医学会 50周年おめでとうございます。小生が日本リハビリテーション（以下リハ）医学会に入会したのは昭和43年頃ですから、年月の経つのは早く、あっという間にすぎるものとあらためて実感させられました。

日本リハ医学会がこのように大きく発展してきたことは、会員の諸先生方の積み上げられた努力の成果と心より喜びたいと思います。あらためて、学会を創設された先輩の先生方の先見性にご努力に感謝するものです。かつて日本リハ医学会が存続をかけて他の学会としのぎを削った時代から、いまや、会員の活動が日本リハ医学会だけでなく、関連する領域の義肢装具、高次脳機能障害、嚥下障害、脳卒中、運動器、ニューロリハなどに大きく飛躍しているのは、諸外国にはみられない状況でしょう。

小生は専門医制度の発足第1回目の専門医であったことから、「専門医会」の立ち上げに関与しましたが、当初は専門医仲間20～30名のささやかな会でしたから、現在の約2,000名にもなるとは想定外の驚きです。専門医会は本学会の中核としてリードする活動を推し進めてもらいたいものです。

昔の学術集会のメインタイトルには、「リハ医学の確立」とか「リハ医学の発展」など、どちらかといえば外向きの気負った姿勢があったことは、大きな学会となった今では若い会員にはとても理解できないことかもしれません。

リハにおけるチームワーク医療は、近年大きく変貌してきました。すべてのスタッフを集めて5、6人のごく少数でやっていた時代から、現在では、看護部より大きなスタッフを抱える病院が増えてきました。こんな話をすると、今では100人以上のスタッフと仕事ができないとリハ医とはいわないのだと冷やかな目でみられます。医療よりリハ・マネジメントが大事といわれると、家族的な環境で慣れ親しんだロートルには多少の違和感もあります。今なお現役で診療をしています。現場では「リハ医をみたこともない、一緒に仕事をしたこともない」という若いリハスタッフに取り囲まれて絶滅危惧種のような生活をしています。昔も今も同じことですが、リハ医療のチームワークのなかで一番不足しているのがリハ医であるといった奇妙な現象が続いているのが実態です。近未来には、数多くのリハ医が臨床の場で活躍するという夢をもち続けたいものです。

高齢者を対象とするリハでは、医療・福祉の切れ目のないサービスを合い言葉に、医療では、おごりな評価や治療が多くなり、改善がなくても時期がくれば退院、介護保険に移ればケアマネジャー指導のもと、限度額一杯に在宅福祉を使おうというのが一般的になってきています。われわれも、在宅福祉スタッフや家族も安易に流れて、一昔前の「社会復帰」や「自立」の概念は通用しなくなりましたが、こういったことがうまく続いていくのか、心配しています。医療保険も介護保険も破綻してくると、多少とも変化せざるを得ないのかもしれません。

社会でのリハ医療への認知や医療報酬の裏付けなどの後押しがあって、学会活動が加速化されてきたのも事実だと思います。一面では、発展が速すぎて、リハ医学や医療の発展が追いついていないのではと不安に思うのも事実です。こんな恵まれているご時世だからこそ、本学会がなすべき第一のことは、臨床（医学）の実力があり、かつ学問を行える若手の人材の養成ではないでしょうか。来たるべき社会の変化に対して、日本リハ医学会が音頭をとって医療や福祉をリードするようになってほしいと思います。

学会のさらなる発展を心より祈ります。



持続可能な医療を目指して

宮野佐年 総合東京病院リハビリテーション科

日本リハビリテーション医学会設立 50 周年を迎え、誠に感慨深いものがあります。

私は 1977 年に日本リハビリテーション（以下リハ）医学会会員となり、評議員や理事も経験させていただき、35 年以上日本リハ医学会に関与できたことに感謝しております。

最近の医学の話題はオーダーメイドのがん治療や再生医療であり、iPS 細胞の実用化などリハ医療にも大きな関連があります。悪性腫瘍や難病、障害をもつ多くの人達も大きな期待を寄せています。

ところが、最近の高齢化や医療技術の進歩による医療費の高騰は著しく、医療費を抑制しながら、適切な医療を提供することは世界各国の共通した喫緊の課題です。厚労省の推計でも、医療給付費は 2012 年の 35.1 兆円から、2025 年には 54.4 兆円に膨らみ、介護費用は 8.4 兆円から 19.8 兆円になります。これらの財源の確保ができなければ、世界に誇れる日本の医療制度は維持できなくなり、リハ医療の将来を語ることもできません。

突然ですが、7000 万年前の恐竜の脚に、骨折の治癒した跡が見つかったそうです。骨折が治癒するまで外敵から守られ、食事を与えてくれる仲間か家族がいたと思われまふ。人間も病気や怪我をしたら“自助”のみでは家庭の経済が破綻してしまうので、“公助”の制度が必要になります。世界の先進国はそれぞれ医療保障制度を作っていますが、ドイツ、フランス、日本は社会保険方式をとっており、イギリス、スウェーデンは国民保険サービス方式です。アメリカは 65 歳以上の高齢者と、一部の低所得者を対象とした保障制度があるのみで、他は民間保険です。ドイツでは医療保障を社会保険として設立し、保険料を主要な財源とし、それぞれ独立採算制で収支が厳しく管理されています。イギリスでは、第二次世界大戦後に全国民に対して国営の医療保障制度が作られ、ゆりかごから墓場までと世界中がうらやむ制度でしたが、1980 年代に入り経済の停滞により、医師や病院へのアクセスが極端に悪くなっています。フランスの医療は患者からの選択の自由、公助・互助の精神を重視し、皆保険制度を実施しており、それを補完するものとして、民間保険を特に問題なく受け入れており、80%の国民が民間保険にも加入しています。また、フランスの高齢者に対する医療制度では、現役時代に加入していた医療保険制度に継続して加入しており、給付水準も若い人と同じ扱いです。

どこの国の制度が最もよいかは一概に言えませんが、健康寿命、乳児死亡率、がん患者の死亡率、医師へのアクセス、患者からの選択の自由、患者の医療費の負担額、GDP における医療費の比率などから、日本の医療制度は世界でもトップレベルであることは間違いありません。しかし、この日本の医療制度を持続可能にするには、厚労省の試算では毎年 2.5 兆円以上の医療・介護費の増加を維持しなければなりません。医療の質を落とさず、保険料も上げず、税負担も上げずに日本の医療制度を持続させるには、病気に罹らないようにするか、フランスのように一部に民間保険を併用するしかないように思われます。

病気に罹らないようにするには、国民は自分の健康は自分で守るということを再認識し、健康を維持・増進するための“ハビリテーション”や“リハビリテーション”、そして疾病の予防に医療保険を活用できるようにすることも重要です。そして医療保険を使わなかった高齢者には、保険料の一部を還付するなども一つの方法かもしれません。

世界で最高レベルの日本の医療制度を、将来にわたり持続可能にするには、国民すべてが健康の維持・増進に励み、疾病の予防に努めるとともに、医療制度の若干の変更と、多少の医療費の負担増を受け入れる覚悟が必要と思われまふ。



私とリハビリテーション医学

三上真弘 帝京大学名誉教授

私とリハビリテーション（以下リハ）医学とのかかわりあいを簡単に述べさせていただきますと、昭和43年に大学を卒業しましたが、医学部の学生時代にはリハという科目の授業はなく、リハという言葉は知っていましたが、どんなことをするのかは、はっきりとは知りませんでした。卒業後は整形外科に入局しました。整形外科は運動器の疾患や外傷を治療するわけで、治療成績を高めるためには、いわゆる後療法をしっかりとやるのが大切であることがわかり、リハに興味をもつようになりました。当時、リハ医学の講座をもっている大学はなく、診療科をもっている大学もわずかでした。私は新設された埼玉医科大学のリハ科（診療科）に誘われて勤務するようになり、リハ医学の研修を始めました。

やがて、日本リハ医学会に専門医制度がつくられるようになり、私も頑張って試験に挑戦し、日本リハ医学会専門医に合格することができました。その後、帝京大学医学部リハ科に移り、診療、研究、教育に従事することになりました。東京の大学に移ったことで、学会事務局とも近くなり、学会の仕事を手伝うようになりました。特に専門医の試験や認定の仕事をやらせてもらいました。その頃は会員数も受験者も少なく、どうしたら専門医の数を増やしていけるかが課題でした。そこで2つのことが問題として考えられました。まず1つ目はリハ医療を行っている医師が試験を受けやすい制度にしていくこと、2つ目は新しく大学を卒業した学生がリハ医学に進むように誘導することでした。1つ目については学会が卒後研修会を開催し、それを受講した会員は受験資格を取りやすくなるということを始めました。2つ目については学生に対し、夏休みなどを利用してリハ医学の研修会を病院にお願いして開催してもらうことなどを行いました。

以上のようなことのほかに、リハ医学では疾患の治療に直接かかわるわけではないので、例えば外科医になればこのような手術ができるとか、ある科の医師になればこのようなことができる技術が身につくということがはっきりせず、学生に対しアピールに欠けるということがありました。先に述べたように、治療成績をよくするためには、疾病や機能障害の治療も含めたリハ治療をしっかりとやるのが重要だと思います。それは現在、一部の病院で行われている脳卒中診療科のように発症よりリハ医を含めたチーム医療が行われるということで、いろいろな疾患に対してもこのようなことをやっていくことが必要だと思います。

現在のリハ科の診療では他科で急性期の治療が終わった患者が受診し、リハ医が危機管理を含めた訓練の処方をするのが一般的であり、リハ医はいろいろな病気の知識をもち対処していかなければなりません。逆に各科の医師が同時にリハの知識をもって、患者が最高の状態に回復できるようにリハを含めた治療を行っていくことも考えられます。このようなことが一般的になれば、現在の1階建ての専門医制度を2階建てに、すなわち内科専門医をもったリハ専門医のような形も考えられるのではないかと思います。



日本リハビリテーション医学会と私の歩み

立野勝彦 金沢大学名誉教授

日本リハビリテーション医学会 50 周年おめでとうございます。私の学生時代に学会が創立され、私は北陸にリハビリテーション（以下リハ）医学を導入するため 31 歳時（1975 年）に米国の西海岸にあるランチョ・ロス・アミゴス病院に留学しました。その 1 年ほど前にリハを学ぶ若手医師同志が確か中伊豆温泉病院に集まったことをおぼろげに覚えています。リハ医とは何ぞやという根源やなぜリハ科を医師が目指してくれないのかなど、今と同じような（？）悩みを語っていたような気がします。その間、岩倉博光先生との勉強会、上田 敏先生との抄読会、翻訳など 1～2 回であります。参加したことをかすかに記憶しています。米国からの帰国後、文部省主導で初めて短期大学部でリハ医療の担い手でもある技術者の PT・OT の教育機関を 1978 年に設立し、同年、北陸リハ医学集談会の発足を提言しました。

本学会では毎年演題発表やシンポジウムに参加させていただきました。さらに関連職委員会において PT・OT の長期講習会開催や関連職との連携、その後、理事として関連専門職委員会、会則検討委員会を仰せ付けられました。その間の大きな出来事として、米本元理事長、石神理事、千野元理事長、中村元監事その他多くの先生方のご尽力により、1996 年のリハ科標榜認可、科研費の分野加入、さらに専門医申請受理、保険診療制度変革、新たな地方会のあり方などと進んできました。

ようやくリハ医学が専門領域として認められてきましたが、その専門性も時代を経ると同時に変遷してきました。2005 年に第 42 回日本リハ医学会学術集会を日本海側で初めて金沢にて開催することを拝命しましたが、今まで開催した学会の中で一番多い 815 題の一般演題の応募に驚き、リハ医学への関心が深いことを実感しました。その間、北陸においてリハ医学を目指す医師には海外留学の機会を用意し、10 数名の専門医を輩出しましたが、それにも限界があります。国立大学（現在は独立法人化）に講座までとはいませんが、リハ診療科が存在しないのが大きな障害の一つであると思います。リハ医を希望する医師は多いのですが、科が存在しないリハ部（ある科の一部）では入局してくれません。リハ科の設立のためには設立を阻害する従来の診療科からの理解と、さらにリハ医学のアイデンティティが必要であると思われます。リハ医学の Research のあり方、EBM に関する研究課題は多く、科学としての追求が期待されます。最近の医療技術は高度になり、医療者は神様であるというような広報が多いのですが、どうしても完全に治癒できないことが往々にしてあり、高度な医療技術に隠れたやるせない患者さんの苦痛が多く見受けられます。弱い患者の味方になるのがリハ医の大きな役割ではないかと考え、医療者はそのような広報に捉われず、謙虚にあるべきであると教示する大きな役割があると考え次第であります。

最後に「リハ医学とは、従来の臓器別の生命維持のための臨床医学とは次元を異にし、人間に備わった二足歩行という能力、手の使用という知的、創造的な能力、人間としての応用動作・社会適応能力、更に言語を媒体としての意思の疎通や食・排泄の基本機能をはかる人間独特な能力を対象とする医学（津山直一の改変）」であるのではないかと思います。リハ医療に対する期待は益々大きく、それに応えるだけの会員の努力が必要とされます。また、他の医学にはない解明できない研究、応えにくい研究課題が多いのも事実です。さらに他の臨床医学には垣間みることができない障害を扱うリハ医学にとって、大いに最新の再生医療を担う研究者が輩出されることを期待してやみません。



50周年、おめでとうございます！

伊藤利之 横浜市リハビリテーション事業団

1970年、私は卒業と同時に診療科として認可されたばかりの横浜市大リハビリテーション（以下リハ）科に入局し、その夏、札幌で開かれた第5回パラプレジア医学会（現 日本脊髄障害医学会／学会長：美唄労災病院 若松不二夫）と第7回日本リハ医学会（学会長：札幌医大 河邨文一郎）に連続して参加する機会を得ました。その際、教授から参加した感想を聞かれ、「パラプレジア医学会はとても興味深く、学会とはこんなに面白いものかと感動しましたが、リハ医学会はまったく面白くありませんでした」と応えたことをよく覚えています。そのくらい、私にとってリハ医学会には心惹かれるものはありませんでした。内容が理解できなかったのか、それとも科学性を感じなかったのか、今思い返してみても定かではありません。もしかしたら、飲みすぎて疲れていたのかもしれない（?）。とはいえ、それなりに収穫もありました。学会長の故河邨文一郎先生がとてもカッコよく、以来、河邨先生のファンになり、リハが大好きになったことです。

そして2年後、今度は日本リハ医学会を横浜で開催（学会長：横浜市立大学 土屋弘吉）することになり、研修医の身ながらその準備に追われる羽目になりました。そうすると、学会が面白いとか面白くないとか、そんな評論家的なことをいってはいられなくなったという次第です。というわけで、私の日本リハ医学会との関係は、そこに自分が「参加する」というより「お招きする」立場で始まりました。その後も、「若手リハビリテーション医の会」、「関東地方懇話会（現 関東地方会）」そして「専門医会」の立ち上げと運営、最後に、日本リハ医学会の役員を仰せつかりましたが、東京近郊の人手が不足していたこともあり、学会には常に運営側の一員として主体的にかかわってきました。だからだと思いますが、その後は学会に対する印象も「あばた」が「えくぼ」に変わり、「面白くなさ」などまったく気にも留めなくなりました。今そのことを思い返すと、一人苦笑いといったところです。

さて、早いもので日本リハ医学会は創立50周年を迎えましたが、その大半を共に歩んできたかと思うと、自分も爺臭さを感じざるを得ません。もちろん、この間にはさまざまな出来事があり、悩んだり、喜んだり、気を揉んだりしてきましたが、横浜で初めて開催した第9回の学術集會に集まった人数が500名、それが今では3,000名規模に拡大したことを思えば、概ね順風な航行を続けてきたように思います。

しかし、組織の拡大にはそれだけ問題も生じます。新たに制度化された回復期リハ病棟や老人保健施設の開設は、リハ界に専門外の医師を急速に増やすこととなり、同時に沢山の関係職員をマネジメントする仕事を作り出しました。この量的拡大は、間違いなく我々にとって追い風ではありますが、それは「諸刃の剣」でもあることに十分留意しなければなりません。

山の裾野の拡がりは確かに頂きをより高める土台となりますが、その一方で、頂きの高さが同じなら山は平坦化し、存在意義を失いかねません。その意味で、山の存在意義を示すには裾野の拡がりに見合った専門性を高め、頂きをより高みへと引き上げることが求められます。もちろん裾野の底上げを否定するものではありませんが、学会としては、保険制度などに歪められない真のリハを追求する姿勢が必要ではないでしょうか。今後とも、専門医会などを中心に質的向上に努め、リハが客観的にみても面白く、さらに興味深いものになることを心より願っています。

学会のさらなる発展を祈念して 乾杯！



50周年に寄せて—脊髄損傷のリハビリテーションの現場から

住田幹男 愛仁会リハビリテーション病院

脳卒中、運動器、切断・義肢、小児療育、脊髄損傷のリハビリテーション（以下リハ）は、わが国のリハの歴史のなかでも、日本リハ医学会発足以来大きな柱である。しかし、昨今の疾病構造の変化や超高齢社会の到来のなかで、そのあり方は大きく変化してきている。とりわけ小児療育、切断・義肢、脊髄損傷のリハ医療の現場は施設も減少し、限定された地域でのみ集約されてきている。一方、それらに携わるリハ専門医も偏在し、後継者を育成していくには厳しい状況にある。65歳の定年を迎えた団塊世代のリハ現場からの交代は、大きな試練であると同時に、また大きく飛躍していくべき節目でもある。

他方、世界に目を向けるとインターネットの普及と呼応して、国際学会では特に脊髄損傷分野において global standards が提唱され、その検証を含めて普及活動も安価な e-learning として提供されてきている。我々もそれに呼応して、学会主導のデータマネジメント活動を多くの分野で多職種を交えて推進してきている。これらは、脊髄損傷のリハ医療においては、国内的には多くは予防活動として展開された疫学調査から、国境を越えた国際比較や治療成績 outcome の比較検討へと進んできている。これらは数年ごとに学会での検討をふまえながら、より多くの国々を巻き込んで大きく進められるであろうことは確実である。

我々は一時の流行でなく、障害をもった人々の目線で一番必要とされている課題に取り組むことが重要である。わが国において開発された iPS 細胞をはじめとする再生医療がその全容を明らかにしつつあるが、まだそれは脊髄損傷治療という大きな畑にまかれた一粒の種でしかない。研究と臨床の結合は、時間をかけて歩み、治療の過程で明らかにされた障害をもった人々に利益となることを広く共有できる受け皿を連携パスなどのようにつくり出していく必要がある。あまりにも大きな期待と我々の仕事の狭さ、課題の大きさに逡巡している暇はない。

データマネジメント活動と並んで重要なことは、各クリニックだけでなく、組織的な縦断的研究の開発である。アメリカの脊損 model system では、多額の経費を注ぎ込んで精力的に追跡調査を行っており、費用対効果や死因、就労、就学など多くの研究成果が発表されている。今後わが国においてもこの分野に力を注いで、total health care の視点から、本学会としても多くの会員を巻き込んで成果を出していくように期待したい。

最後に Bedbrook の言葉を紹介する。「脊髄損傷患者の急性期における特別なケアは、もし長期間にわたるマネジメントが無視されたり、興味のない方法で実施されるなら全く役に立たない」と喝破されている。わが国においては、長期にわたる息の長いマネジメントが求められる現場はリハ医学のほかにはないであろう。10年後、20年後を見据えた歩みがぜひ必要である。



学術集会での興奮と刺激

川平和美 鹿児島大学名誉教授

日本の医学ならびに医療において馴染みの薄かったリハビリテーション（以下リハ）医学・医療を、一般の人までが「当座の治療は終わったから、これからリハビリだ」と口にするようになるまで根付かせることに貢献してきた日本リハ医学会が50年の節目を迎えたことに、「やっここまできた」という感慨とともに、本学会の設立と運営に尽力された先輩諸氏に深甚なる感謝の念を覚える。

私は今年の3月、鹿児島大学大学院リハ医学分野での36年の教官歴に終止符を打ったが、本学会の50周年の後半部分と私自身の歩みを重ねて述べることをお許し願いたい。

30年程前の思い出になるが、日本リハ医学会学術集会への参加はリハ医学・医療を学び始めた私にとって大変な喜びと苦勞を伴うものであった。当時の学会発表用スライドは、方眼紙の上にプラスチックの文字盤を置き、文字の切込に墨入れして（レタリングで）作成していた。細心の注意をはらって作業しても、墨が滲んだり、文字や線が傾いていると、指導者の「作り直し」の一言で数時間の苦勞が水泡に帰すこともしばしばだった。しかし、そのような苦勞はあったが、学術集会場ではよく工夫された研究手法に感心し、学会誌に掲載された著者のお顔に接しては緊張と興奮を覚える嬉しい場でもあった。当時、理学療法士や作業療法士は足りておらず、脳卒中患者への訓練室での治療を自分で行っていたので、新しい治療として紹介されていた促通手技を含む治療法に強い関心があった。著名な先生の講演で、「…は少し良いようだ」と聞けば、それを試すのが楽しみだった。臨床と研究の経験を積み、脳卒中患者の膀胱や性機能障害、さらに高次脳機能障害の診断と治療へと私の関心は拡大していったが、1990年代の学術集会の雰囲気は運動障害へのリハの関心の高さに比べ、まだまだ脳の可塑性や半側無視、失語、失行など高次脳機能障害への関心は薄く寂しい思いをしたことを記憶している。

衝撃を受けた思い出では、文部省（当時）科学研究費助成金の申請領域にリハ医学・医療を追加してもらうための資料作りを手伝った際のものである。「研究者の新しいアイデアと将来展望を他人に教えられるか」と拒否をうけたこともしばしばだったと聞いているが、収集された科学研究費補助申請書の研究タイトルからリハ医学に関連のありそうな申請書数を挙げて、同申請書にリハ医学に関連する細目の追加をお願いするための作業だったと記憶している。研究題目を一読しただけでも、その研究課題が科学的、かつ将来の発展性に富み、多くの領域に寄与する可能性を予感させる魅力溢れる研究題目が多く、自らの努力不足を痛感すると同時にこの新たな細目追加がリハ医学の発展に欠かせないものであると確信した。諸先輩方の御尽力によって細目追加が年次限定で認められたが、初期は申請数が少ないことが危惧され、新設の細目を取り消しにならないように、学会をあげて申請書の提出を促進したことを懐かしく思い出す。

現在の脳の可塑性を重視したニューロリハへの関心の高まりは喜びに耐えない。世界を見渡しても、日本ほど、脳卒中など神経疾患すべての患者が皆保険制度でリハの機会を保証され、病巣診断や脳機能の解析用イメージング用機器（MRIやCT、MEG、NIRSなど）に恵まれた国はない。イメージングのレベルの高さは骨関節でも同様である。

本学会が脳疾患への先端的なニューロリハや再生医療（神経や軟骨）へのリハの開発の発表の場となって、これらの領域を目指す若い研究者に刺激的なディスカッションの場を提供することによって、これらの領域の世界の牽引役となることを願っている。



50周年を記念して—九州からの発信

蜂須賀研二 産業医科大学リハビリテーション医学講座

筆者は2012年5月3日～6月2日の日程で第49回日本リハビリテーション（以下リハ）医学会学術集会を福岡市で主催した。その際、50周年記念事業の一環として「九州におけるリハビリテーションの歩み」と題するパネル展示を行い、その内容を小冊子にして配布し、さらに日本リハ医学会九州地方会と産業医科大学リハ医学講座のホームページよりダウンロードできるようにした。第一部は九州地方会の設立と発展に貢献された「個性的で卓越した先駆者」である天児民和先生、服部一郎先生、玉井達二先生、緒方 甫先生の足跡をたどり、第二部ではわが国のリハ医学のなかで今日普及している療法、義肢装具、システムなどを九州から発信された方々〔田中信行先生（温熱療法の新しい効果と作用メカニズム）、豊永敏宏先生（義肢装具の進歩への貢献）、佐竹孝之先生（小児リハの総合療育）、穂山富太郎先生（脳性麻痺の早期診断と療育）、渡辺英夫先生（九州発の独創的な装具）〕を紹介した。50周年を記念して、第一部で取り上げた4人の先生方の足跡をたどり、九州からの発信としたい。

天児民和先生は九州帝国大学医学部を卒業の後、1945年に新潟医科大学整形外科教授、1950年に九州大学医学部整形外科教授、1969年に九州労災病院院長に就任された。日本リハ医学会の創設者・育ての親の一人であり、そのほかにも日本手の外科学会、日本パラプレジア医学会、日本義肢装具学会の設立にも関与された。1946年には第3回日本リハ医学会学術集会を主催され、医師の養成、理学療法士や作業療法士などの関連職種教育養成に大きく貢献された。さらに、パラリンピック、国際パラプレジア医学会、国際整形災害外科学会を日本で開催された。九州のリハの源は天児先生である。

服部一郎先生は九州帝国大学医学部を卒業され、1942年に九州大学温泉治療学研究所に入局、昭和23年に九州労災病院内科部長、1960年に同病院リハ科部長に就任され、昭和40年に長尾病院を開設された。訓練機器や装具が市販されていない時期に自分のアイデアと手作りの装置を活用して、当時から既に現在とほぼ同レベルの標準的リハを実践されていたことは驚きである。リハ医療の模範となる存在であった。1974年、自らの臨床経験を基に名著『リハビリテーション技術全書』を執筆され、現在でも各種試験問題に挿絵が引用されている。

玉井達二先生は新潟医科大学を卒業され、1945年に新潟医科大学整形外科に入局し、1954年には熊本大学医学部整形外科教授に就任された。Stoke Mandeville Hospitalに留学されリハに力を入れ、1967年にリハ関連職種が一堂に会する熊本リハ研究会を創設した。同研究会は現在でも活発に研究活動が続いている。1974年に宮崎医科大学副学長に赴任され、後に学長に就任された。現在の熊本におけるリハ専門病院整備やリハ連携システムの源流であった。

緒方 甫先生は久留米大学を卒業され、1959年に熊本大学医学部整形外科に入局の後、水俣市立湯之見病院、九州労災病院を経て、1978年に産業医科大学リハ医学講座の初代教授に就任された。特に脊髄損傷のリハに力を入れ、大分国際車椅子マラソンを医学的側面よりサポートした。1973年に浅山 滉先生（現長尾病院参与）と二人で九州リハ医学懇話会を創設し、医師を中心としたリハ医学の研究会を運営し、リハ医の養成に多大な貢献をされた。この医学懇話会は九州リハ医学会を経て日本リハ医学会九州地方会へと発展を遂げた。

九州のリハ医学の歴史は、これらの4人の先生方のほかにも多くの先生方の尽力により支えられてきた経緯がある。この九州の歴史は本学会50周年の歩みに大きな役割を果たしたと考えている。



50周年に寄せて—慶應月が瀬リハセンターの思い出とともに

木村彰男 慶應義塾大学リハビリテーション医学・医工連携

日本リハビリテーション医学会、創立50周年を皆様とともに心からお祝いしたいと思います。10年一昔と言いますが、50年はその5倍、半世紀に及ぶ長い年月であり、ここまで至るには先人の皆様のご尽力、現役の方々の多くの努力の過程があったことに敬意を表したいと思っております。これを受け継ぐ若い世代の方には、しっかりと歴史を受け止め、今後の本学会の益々の発展に貢献していただきたいと望む次第です。

さて、本学会半世紀にあたり、私なりに自身の反省記のようなものを思いつくままに書いてみたいと思います。私自身は1974年に医学部卒業後、直ちにリハビリテーション（以下リハ）医学の道を志しました。当時は同級生から何でこのような分野を選ぶのか、変わり者のように思われましたが、医学の発展に伴い病気への対応は進歩するものの、必ずしもヒトを対象とした医療が展開されるようになるのかという漠然とした疑問を抱え、この分野に飛び込んだ次第です。今まさに再生医療が華やかなスポットライトをあびていますが、それに伴い倫理的側面をはじめとする諸問題がクローズアップされており、ヒトをみるということがいかに大切であるかということを改めて痛感しています。

リハ科の医師として、今年で39年目を迎えたわけですが、この間の一番の思い出は「慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター」です。卒後3年目の1977年に同センターが伊豆半島の中央に開設されたわけですが、そのオープニングスタッフとして立ち上げから参加できたことは、非常に幸運であったと思います。最高のリハ医学・医療の実践の場を構築しようとスタッフ一同意欲に燃え、連日奮闘したことが懐かしく思い出されます。その後、医長、副院長、院長として同センターで働き、信濃町の大学病院に所属した際にも非常勤として勤めたため、まさに同センターの歴史そのものが私のリハ科専門医としての歩みといえます。残念ながら大学執行部の理解の悪さと、社会情勢の変化のために、わが国でも類い稀な大学所属の専門リハ施設である同センターは、2011年に34年に及ぶ歴史に幕を閉じることになりましたが、手前味噌ながらその間に同センターの果たした役割は極めて大きなものであったと自負しております。臨床面での貢献をはじめ、研究面でも数々の実績を上げたことはもちろんですが、特筆すべきことは教育面における業績です。特にリハ科専門医の育成がままならない時代に、同センターで卒後研修を受けて日本全国各地に巣立っていった仲間が、現在、日本全国でリハ医学・医療の中核を担って活躍していることは嬉しいかぎりです。まさかこのように輝いていた同センターが私の現役の間に閉院を余儀なくされるとは思いもよらないことでしたが、高齢化社会の到来に伴う介護保険の導入、在宅医療への誘導という施策に伴うやむを得ない結果と考えられ、同センターの役割は十分に果たしたといえます。

このように時代とともに変わりつつあるリハ医学・医療ですが、現時点での問題は経済に振り回されていることかと思えます。経済情勢に合わせることを余儀なくされ、日数制限、365日リハなどの実施を迫られ、多くの医療機関で患者の病状などに関係なく金太郎飴的で画一的なリハと称する医療が展開されていることは嘆かわしいかぎりです。リハの危機とも言える状況であると思えます。月が瀬リハセンターで実践していた、リハチームによるテーラーメイドの医療を取り戻す必要があります。医療に合わせた経済を形づくる必要があるのではないかと思います。

このようなことを50周年にあたり、社会に啓蒙しアピールしていくことが本学会に与えられた使命ではないかと考えますが、いかがでしょうか。



脳性麻痺児リハビリテーションの過去・現在

朝貝芳美 信濃医療福祉センター

肢体不自由児や療育という用語は、東京大学整形外科の高木憲次名誉教授が提唱され、約70年の歴史がある。肢体不自由児施設は1942年、東京に整肢療護園が開設され、わが国独自に発展し、世界に誇れる医療、教育、保健、福祉が連携した施設群で、わが国整形外科の本流であり、リハビリテーション（以下リハ）の源流といえる。

・脳性麻痺児リハの特徴：子どもの脳は手足を使うことで発達する。広範な脳障害でも、リハにより代償機能の向上がみられ、新たな機能を連続的に獲得していく必要がある。特に歩行機能は向上する時期が限られるため、適切な時期に適切な質と量のリハが実施されなければ、機能向上の時期を逸してしまう。

・ノーマライゼーション：原則として住み慣れた地域での生活・教育が望ましいが、生活すべてが受け身になりやすいこともあり、療育施設への入所や特別支援教育で積極性が促され、発揮される例もある。もっている能力を最大限伸ばしきれているかの検証が必要になる。

・歩行機能維持に向けて：日常で使えるレベルまで機能を引き上げ、使うための環境調整が重要となる。保育や就学に際して、支持歩行ができていても、本人の転倒や周囲の子ともとぶつかる危険があるという理由で、車椅子での移動を求められることがある。慣れてくると周囲の子ともはぶつからないように注意するため、筆者は大きな事故は経験していない。障害児に関連する教育現場での事故の全国的な発生状況を調査し、今後の対応に結び付けていく必要がある。

・痙縮（麻痺）治療の進歩：ボツリヌス治療など痙縮治療の選択肢は広がってきており、リハ効果を高める補助的手段としての重要性が増してきている。麻痺を改善する治療法は確立されていないが、失調や片麻痺への経頭蓋磁気刺激や麻痺筋再教育のための低周波電気刺激、低出力レーザーによる筋緊張抑制や緊張性アテトーゼの不随意運動抑制、その他、重症例の脆弱性骨折予防に対する発光ダイオード（LED）照射など各種物理療法の活用も積極的に進めていく必要がある。

・適切な評価：GMFMCやPEDIなどの客観的な評価により、多施設研究や同一評価による比較検討が可能となった。しかし、これらの評価で変化がみられない例でも数値で表せない効果がみられることもあり、特に独歩が可能なGMFCSレベルI、IIや重症のレベルVの適切な評価法に関しては今後の課題となっている。

高木先生の療育の理念の基本は今後とも継承され、子どものもっている能力を、時代の科学を総動員して最大限伸ばすリハを発展させていく必要がある。小児の領域におけるリハ医の活躍に期待したい。

少子化や医療の進歩により脳性麻痺の発生頻度は減少したが、近年では重症児の割合が増加している。しかし、再生医療の進歩は目覚ましくリハのあり方も見直されると思われるが、新たな疾病構造の変化への対応が求められる可能性もある。障害児を支援する社会のセイフティーネットとして子どものリハを充実させていく必要がある。

今後とも少子化は継続するため、子どもを扱える医療・リハスタッフを増やすことには限界があり、各地域でリハの質と量を確保していくために拠点施設を充実させ、地域との連携を図っていく必要がある。近年の国際化のなかで、わが国の伝統ある子どものリハを海外に向けて発信し、特にアジア地域のリーダーとしての役割も果たしていかなければならない。

近い将来にエビデンスレベルの高い研究デザインで多施設研究を行い、脳性麻痺のリハを科学として確立する必要がある。

21世紀の医療—「生活を救う医療」の実践

藤島一郎 浜松市リハビリテーション病院

日本リハビリテーション医学会 50周年おめでとうございます。

50年前といえば筆者はまだ10歳の頃でしたが、当時の先生方がいかに苦勞をして学会を立ち上げ、築きあげてこられたかを考えると感慨深いものがあります。

筆者は当初、脳神経外科医でしたが、障害を残した患者さんに対しては全く無力でした。当時の筆者には「リハビリテーション＝訓練で障害を直すこと」という程度の認識しかなく、自主的に参加した研修会で「障害の三層構造」を知ったときは衝撃でした。「障害は治らなくても生活できるようにする」という医学があり、しかも運動学に基づいた科学的アプローチによりほんの僅かな工夫や指導で魔法のように患者さんの生活状態が変わるのです。これは筆者にとって実に愉快でした。その後、専門とする嚥下障害でこの考えに基づいて様々な対応を試みました。例えば、それまで水でむせてほとんど経口摂取ができなかった Wallenberg 症候群の患者さんに頸部回旋と息こらえ嚥下を指導するとその場で水をスムーズに嚥下できるようになるのです。現在では多くの ST やリハ医が知っている手技ですが、30年ほど前には驚きをもって迎えられるものです。これはほんの一例ですがリハにはこのような手技が多数存在します。筆者はリハ医学の魅力の一つは、障害は変化しなくても代償的な方法で生活を変えることができることだと思っており、医学生や若い医師には「命を救う医療」に対してリハ医療は「生活を救う医療」であると、必ず話しています。リハは高度先進医療に支えられた今後の超高齢社会に不可欠の医療です。命を救うだけでは人を幸福にはできないこと、患者さんの生活が成り立つように医学的な知識やスキルを学び活躍できるリハ医療をもっと多くの若い人々に伝えたいと思っています。

ところで、リハ診療を行っていると呼防という視点が重要であることに気づきます。患者さんが再発しないで生活を続けるという二次呼防です。リハにおいては「運動という軸」を中心に据えて、患者さんがいかに運動を継続して疾患のみならず障害の悪化を呼防するかということを念頭においています。患者さんにとっては「障害が解る医者」というのは大変貴重な存在です。加齢による身体機能の低下と疾患再発の不安、この不安に対処できるということこそリハ科の強みです。この点に関しても、リハは未曾有の超高齢社会となった日本で必要不可欠な医療であるということを我々は社会に対してもっと発信し、その期待に応えられるように努力を続けていかねばなりません。

さて、リハ医療においては未解決でチャレンジなことがまだまだたくさん残っています。ニューロサイエンスの進歩によりこれまで諦めていた障害が治るかもしれないという時代に入ってきました。iPS細胞、神経移植、brain machine interface など今後発展するであろう分野でリハに関連することはきら星のごとく輝いています。研究所でなく臨床病院の現場にいても手が届きそうな最先端医療もあります。例えば、当院では経頭蓋直流電気刺激 (tDCS) という方法で嚥下障害や半側空間無視の患者さんを治療していますが、これまで困難だった症例が驚くほど改善することを経験しています。そして、実際に嚥下障害に対するこの成果に関しては impact factor の高い雑誌に掲載され注目されています。患者さんたちの「生活を支える医療」の実践のためには、正しい科学的裏付けが必要なことは論を待ちません。最新科学の研究成果を取り入れて、他領域との連携を深めることで、新しい障害治療が次々と臨床応用される時代がすぐそこまで来ています。「リハビリテーション」という言葉に込められた「再び生きる」ことの意味の重さを謙虚にとらえつつ、常に新しいリハ医学を作っていくように学会が発展していくことを願ってやみません。



all-round player の能力をもつリハビリテーション科専門医

椿原彰夫 川崎医療福祉大学

日本リハビリテーション（以下リハ）医学会が創立された1963年という年は、清瀬の東京療養所にわが国初の療法士養成校が開校された年にあたる。言うまでもなく、リハ科という診療科もリハ科医も存在しない時代で、ポリオの後遺症を抱えた肢体不自由児や第二次世界大戦で負傷した傷痍軍人を整形外科的に治療していたことが本学会発足の契機となっている。その後、脊髄損傷や脳卒中、脳性麻痺などの麻痺性疾患による障害者を治療する医療機関が増え、神経内科医をはじめとする神経系の診療科に所属する医師もその治療に参画するようになった。

1980年に国際障害分類（ICIDH）が国際疾病分類（ICD）の補助として公刊されてからは、「疾病→障害」という構造が明確化され、その年に本学会に専門医制度が発足している。障害に対する治療は肢体不自由にとどまらず、高次脳機能障害や排泄障害、嚥下障害、内部障害などの幅広い機能障害がその対象となり、1996年に「リハビリテーション科」が標榜科に追加された。やがて、呼吸器リハや心臓リハ、嚥下リハ、がんリハなどの名称が診療報酬体系を中心に広まり、良否はともかくとして臓器別治療の必要性が提唱されるようになった。

21世紀に入って少子高齢化社会が到来すると、明らかな疾患を有することなく障害に陥る後期高齢者が出現し、「疾病→障害」から「老化→障害」という時代が訪れた。3人に1人は高齢者という日も近くなり、既にひとりの患者がいくつもの障害を抱えているという時代に突入している。そのような社会的背景のなかで、既存の診療科はますます細分化され、臓器別高度専門医療に特化する風潮が高まった。その反動として、臓器を越えて横断的に診断・治療できる医師の存在が求められ、総合診療科医や救急科医が認知されるようになってきたが、彼らには障害という観点で治療を担う能力はない。そこで、リハ科専門医に大きく期待されることは、あらゆる疾患に対応して障害治療を担当できる能力、ならびに障害を有するすべての人々に併存する種々の疾患を診断できる能力である。

安全で安心な医療が求められている現代医療において、リハ科専門医が障害者のリスク管理を行うことは当然である。その意味においても、all-round playerの能力を備えたリハ科専門医が求められている。障害の帰結を予測しながらチーム医療を遂行するとともに、あらゆる疾患と障害に立ち向かうことのできる医師を専門医として位置づける専門医制度の確立が急務であろう。



50周年に寄せて—あるべきようは(阿留辺畿夜宇和)

久保俊一 京都府立医科大学大学院運動器機能再生外科学(整形外科)

1963年に設立された日本リハビリテーション医学会が50周年を迎えられたことを心からお祝い申し上げます。専門医・認定臨床医制度の確立、標榜科名の制定、医学教育コアカリキュラム到達目標としてのリハビリテーション(以下リハ)医学の認定、各種療法士国家資格制度の制定、公益社団法人としての認可など学会先達の多大な努力によってリハ医学・医療が日本に根付いてまいりました。一方、超高齢社会における疾病構造の変化や価値観の多様化は、リハ医療におけるゴール設定を複雑にしています。また、限られた医療資源を効率よく投入する必要性がこれまで以上に高まっています。国民の健康を守り、健全な社会を未来に向かって維持していくために、リハ医学、そして本学会に対する期待と課せられた責務はたいへん大きいものがあります。

リハ医学の発展は、19世紀後半の肢体不自由児施設の設定に始まり、20世紀前半には第一次および第二次世界大戦などで生じた多数の戦傷者の社会復帰によるところが大きいとされます。わが国においても肢体不自由児施設に始まり、高度成長時代には交通事故や労働災害などによる脊髄損傷や四肢切断を含む外傷と脳卒中などの神経内科疾患がリハ医療の中心で、対象者には小児そして青壮年期の世代が多く含まれていました。しかし、現在では超高齢社会を迎え、要介護状態を防止し健康寿命を延伸するという観点から、高齢者に対するリハが大きな比重を占めるようになってきています。

小児や成人では障害は具体的に把握しやすいのに対し、生理現象として老化が必然の高齢者においては、これをどうとらえるのかは意外に難しい問題です。避けられない最期をどのように迎えるのかを勘案し、限られた資源をどのように利用すべきかというコンセンサスを形成していくことも最良のリハ医療を考えるうえで大切です。そのためには良質なエビデンスの蓄積が求められます。本学会が中心になってエビデンスを体系化させて示していくことが必要と考えます。

リハ医療においては多職種によるチームでのアプローチが重視され、とくに高齢者ではケアマネジャーやソーシャルワーカーなど保健あるいは福祉の領域も含めた協力体制が極めて大切です。多くの臓器にさまざまな障害を併せもつことが多く、各科医師との連携も大切です。地域リハの重要性が叫ばれるゆえんでもあります。残念ながら、リハを担う医療人は不足しているといわざるを得ません。人材育成のシステムを考えていくことも本学会の重要な責務です。

専門医制度の変革に伴い、これまで以上にリハ専門医の意義を明瞭に示す必要があります。この点においても、本学会の役割はますます重くなります。さらに、リハ医学を発展させていくうえで他学会と協調することも不可欠であり、社会への啓発活動や行政への働きかけも行っていくべきです。

「あるべきようは」は、鎌倉時代の名僧、明恵上人の座右の銘です。機に臨んで、今どうあるべきかを常に問いかけ、その答えに従って生きようとするものと解釈されています。

リハ医学の目指すところは最高のQOLの実現だと考えます。会員一人ひとりが「あるべきよう」を考え、本学会が未来に向かって、社会の質の向上と国民の幸福に貢献する存在であり続けることを心から願っております。



開かれた医学会へ

吉永勝訓 千葉県千葉リハビリテーションセンター

日本リハビリテーション医学会が設立50年を迎えました。私も30年以上、本学会に所属させていただき、多くの先生方から親身にご指導をいただきましたこと、深く感謝申し上げます。

私がリハビリテーション（以下リハ）医療に携わり始めた頃、自分の周りにはリハの指導者が少なく、そこで利用したのが本学会の卒後医師研修会でした。当時の研修会は毎年3～4回開催され1回が約5日間と長かったのですが、私は職場に無理を言って3年間ほどこの研修会に連続して参加させていただきました。リハ医の先生方の講義は魅力的で啓発を受けましたし、また全国の同世代の先生方と知り合うことができたことは自分の貴重な財産になっております。そしてこのような充実した研修会を実施してくださる本学会をとってもありがたく思いました。現在でも各種研修会や専門医会でのハンズオン企画等があり、さらにはRJNの活動や専門医SIGなども、会員同士の指導や情報交換に大いに貢献していると思います。このように、本学会はリハを学ぼうとする会員に対して多くの機会を提供しており、その意味で開かれた医学会であると思います。しかし、本学会が特に外に向かってさらに開かれた学会になるためには、まだ解決すべきことがあると思います。自分も本学会の役員経験者ですので、現状に対してその責任も自覚しております。3つの観点から私の考えを述べさせていただきます。

第1に、役員会や委員会など学会運営にかかわる先生方が、他の基幹医学会に比べて狭い範囲に偏ってしまう傾向があります。リハ医学講座をもつ大学が少なく、特に国立大学では講座がほとんどないことがその大きな原因の一つでしょう。私自身も千葉大学病院のリハ部門に約15年間勤務し、理学療法部からリハ部への改組、およびリハ部での外来診療体制確立までは何とか実現しましたが、現在も講座開設に至らない国立大学がほとんどです。リハ医学で活躍する広い人材の確保や専門医制度の将来を考えると、また全国各地域でのリハ医療充実のためにも、すべての大学医学部にリハ医学講座の設置を目指すことは、今後も本学会の取り組む重要課題であると考えます。

第2は他職種との関係です。かつては金の卵とよばれたリハ療法士もこの20年間で飛躍的に増加し、100名を超えるリハスタッフが勤務する医療機関も珍しくなくなりました。それとともに各職能団体は強化し、学問的に優れた方々も増えています。本学会はこれら各団体と良好な連携をもちながら、学問的リーダーシップを引き続き発揮する必要があるでしょう。さらに介護系の職種の方々に対してのリハ医学の浸透も急務となっています。今年度から本学会やリハ関連の職能団体、そして回復期・維持期を主に扱うリハ病院団体等が協議会を立ち上げて、関連の問題を議論し政策提言を行っていくかがありました。医学会と職能団体等とは基本的に立ち位置が違いますので連携には難しい点もあると思いますが、広い視点に立った多職種間での健全な協力関係の構築を願っております。一方で高齢者対象モデルのリハ提供体系が時代の趨勢となるなか、障害児・者への社会リハ、職業リハ、教育関係等の関係者との連携を今後も忘れてはなりません。

第3はリハの対象となる当事者や市民との関係です。本学会では、障害をもたれる方々や団体との交流や協力に関する事業は必ずしも充実していません。リハを必要とするこれらの方々と、理解と連携を相互に深め、本学会に求められる各種協力に対して応えていくことは、公益社団法人となった本学会の使命でもあります。リハ医学を一般の方々に正しく理解していただくための市民公開講座等を開催し徐々に充実してきておりますが、新しい時代に即した企画などを、とくに若い先生方から提案していただき、さらに市民に開かれた学会にしていただきたいと思います。



リハビリテーション医学のユニークで普遍的な方法論

才藤栄一 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

リハビリテーション（以下リハ）医学が50歳を迎える今、そろそろ天命を見出したい。局所解を求める日常の手を止め、その本質的方法論である「活動-機能-構造連関：activity-function-structure relationship」について思いを巡らす。

発達した科学技術は魔法と見分けがつかない（Arthur Charles Clarke）。再生医学を筆頭に日々加速的に進歩する医学（生物工学）はまさに魔法であり、私たちに目眩く感動をもたらす。けれども、もともと生物のもつ機能や構造の「奇跡」について振り返ってみれば、決してそれは「主菜」ではなく「よくできた調味料」といえる存在であることが知れよう。これまでに人がとってきた特許は、神がとることのできた特許数の遠く足もとにも及ばない。日常の臨床では、放置すれば進行してしまう病気を治すために治療がなされるわけだが、患者の「自然治癒力」という基本的性能なしには治療できない。

ところで、トレーニングをするとなぜ筋力が増えるのだろうか、可動域はどうして拡大するのだろうか、巧緻性はなぜ向上するのだろうか。これらは、生物のもつ「機能を変化させる」メタ機能、「自然治癒力」よりもっとダイナミックかつ介入可能な性能による。すなわち、活動性が機能と構造を変化させるメカニズム、活動-機能-構造連関である。この「使うと増える」現象を私は「リハビリテーション・マジック」とよんでいる。お金は使うと減るのに、筋力は使うと増えるからである。そして、リハ医療は、活動を使用して機能と構造の変化をもたらす、活動を改善させるという手法によって、医療全体に大きな変革をもたらしてきている。

一見、活動は結果であり、その原因は細胞、組織、臓器にあると思いがやすいが、進化論の視点から眺めると活動の次元（階層）に原因をおくという考え方を理解しやすい。

なぜ、イルカとマグロが同じ形をしているのか。この現象は、異なる起源の生物が類似した形態を生み出す「収斂進化：convergent evolution」という概念で整理される。進化とは、「成功した活動が、機能と構造に残した記憶」であり、それは「結果が原因になる」現象を創り出した。

そして、活動-機能-構造連関は、細胞、組織、臓器を超えて活動が機能と構造に影響をもたらす普遍的なメカニズム、進化の過程で生み出された収斂進化的メタ機能と捉えればよい。つまり、生物は日々の環境に適応する活動性を獲得するために、活動を介して機能と構造を自動的に変えるというメカニズムをメタ機能としてもったのだと考えることができる。

活動レベルでの介入をその中心に据えるリハ医学は、ユニークで普遍的な生物工学である。



重複障害時代におけるリハビリテーションの先導者としての期待

上月正博 東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻

日本リハビリテーション医学会50周年、誠におめでとうございます。本学会の多くの先達による臨床、研究、教育それぞれの華々しい活動によって、本学会がわが国を代表するリハビリテーション（以下リハ）医学・医療の学会として発展してきたことに深い敬意を表します。全国に多くのリハ科専門医・認定臨床医を輩出した結果、わが国における質の高いリハ医療の普及に大きな力を発揮してきたことは衆目の一致する所であると思います。

わが国は今や世界の超高齢社会ですが、総務省によると2050年までずっと世界の超高齢社会であり、2050年には高齢化率が40%に達し、支え手側（20～64歳）と支えられる側（65歳以上）の比率が3:1の現在の形から、1.2:1になると予想されています。もはや、見本となる他の国はないわけであり、「われわれこそが超高齢社会のリハの担い手として世界のトップランナーである」との気概をもって診療・研究にあたる必要があるわけです。

50年間のリハ医学・医療とそれを取りまく社会は大きく変容しました。超高齢社会に加え、新生児医療、救命医療、臓器移植、再生医療などの医療の高度化、障害の複雑化・重複化も生じ、リハ医療に対するニーズは予想をはるかに超えるほど高まりました。リハ医療は社会における医療の重点領域であり、リハ医療従事者の役割は益々大きくなっています。

私の恩師である佐藤徳太郎元理事や、米本恭三元理事長、田中信行元理事らの働きかけにより文部科学省科学研究費でのリハ科学の細目が確立されたことが、多くの科学研究費のもと研究に一層の拍車がかかり、リハ医学を確立するうえで特筆すべき役割を果たしたと確信します。私は東北大学の障害科学専攻長やリハ部長を拝命していますが、当教室（内部障害学分野）では佐藤徳太郎前教授と筆者との18年間で計104名の博士号・修士号学位所得者とのべ43名の教授・准教授を国内外に輩出することができました。教室のISPRM発表演題数は2007年以来連続して世界最多で、ISPRM2013（北京）では33名の卒業生らが参集し、現地で当教室の同窓会を開催します。

本学会の一番の魅力は、なんとといっても会員各位の魅力です。会員各位の団結心の強さ、謙虚さ、温かさです。会員各位には私が常任理事（副理事長）の際に担当した東日本大震災現地対策本部、リハ医育成アクションプラン対応WG、公益法人化対応WG、専門医制度対応WGなどでも本当に助けていただきました。

本学会の歴史は、リハ医療の発展とリハ医学の確立のための先達の努力の歴史であります。本学会は当初はほぼすべての領域の障害を網羅した学会でしたが、治療の高度化、リハ従事者の増加、演題数の増加などを背景に様々な職種横断的なリハ関連学会が生まれ、それぞれ年々充実してきています。この多様化の流れは他領域をみても歴史的必然といえます。ただ、他領域で遭遇している狭い専門領域に偏りすぎる弊害や非効率性の問題は、リハ領域の各学会の問題にもなりつつあります。

わが国のような超高齢社会では障害の複雑化・重複化に対して質の高いリハをどう供給するかが重要です。本学会が重複障害時代におけるリハの先導者としてますます大きな役割を果たし、他のリハ関連学会とも協力して、質の向上や変貌するリハ医療のニーズに十分対応できるリハ医療従事者を育成していくことを期待します。同時に、本学会会員が、今後とも質・量ともに優れたリハ医学・医療の普及に貢献し、わが国のみならずアジア諸国や世界のリーダーとしての役割を果たされたいことを心より祈念いたします。



日本リハビリテーション医学会のさらなる発展に向けて

生駒一憲 北海道大学病院リハビリテーション科

私がリハビリテーション（以下リハ）にかかわり始めた頃は、地域差があると思うが、リハを専門とする医師がいることさえなかなか理解されにくい状況があった。リハにかかわる職種といえば理学療法士か作業療法士と相場は決まっておき（言語聴覚士はまだ国家資格ではなかった）、医師がいたとしても他の科を本務とする兼任が多かった。それから20数年経ち、少なくとも私の周りではリハを専門とする医師の存在は認知されているように思う。これはリハ科医の認知と地位向上に取り組まれた先輩諸先生のご努力によるところが大きいと思う。現在の状況は非常に喜ばしいことではあるが、それ故に医師の果たす役割は重要性を増しているといえ、リハ医学および医療に対する医師の責任は重大である。日本リハ医学会は医師または医学研究者の集団であり、その名前のおおりに、まずリハ医学の発展を目指す集団でなければならない。リハ医学の発展はリハ医療の向上につながる。医学は科学であり、科学的手法による研究が必要である。

それでは、リハ医学の発展に本学会が取り組むことは何であろうか。一つは会員数の拡大である。医学研究は裾野を広げないとなかなか発展は望めない。リハ医学に関心をもって入会してもらい会員数を増やすことは、リハ医学研究の裾野を広げる有力な方法である。このためには、リハ医学の魅力を種々の手段で伝える努力が必要であろう。学術集会の充実も重要であり、また、会誌の充実も重要である。リハ医学のエビデンスを集大成したガイドラインの編纂も重要である。ガイドラインはエビデンスに基づき作成するものであるため、推奨グレードが低いのは効果が劣ることを意味しているのではなく、エビデンスに乏しいことを意味している。このため、エビデンスの高い研究結果が世に出れば、同じ介入方法でも推奨グレードは高くなる。ガイドラインを別の面からみると、欠けているエビデンスがみえてくるので、今後必要な研究を考えるうえでの参考になる。つまり、ガイドラインは研究の結果を示すだけでなく、今後の研究の方向性を探るうえでも有用である。ほかにも、研修会開催や各種書籍（本書もその一つ）の発行などリハ医学の発展につながることはあると思うが、先にあげた会員数の増加、学術集会の充実、会誌の充実、ガイドライン作成の4つをみても互いに関係し合っており、一つ間違えば尻狭まりにもなりかねない。もちろんどれか一つが急激に伸びるということもないであろう。すべてにわたって地道な努力以外にないと思う。

ここで最も重要で忘れてはならないことは、リハ医学の独自性を失わないことである。他の医学分野や医学以外の分野との連携は重要であるが、しかし他の分野とは一線を画すリハ医学独自の視点なくしては、リハ医学ではなくなってしまうし、これを忘れては日本リハ医学会の存在意義はなくなる。リハ科医とリハ医学の確立に取り組んできた本学会が、今後もこの気概を忘れなければ、将来の発展は約束されていると思う。



リハビリテーション医学をさらに輝かせるために

正門由久 東海大学医学部専門診療学系リハビリテーション科学

日本リハビリテーション医学会は設立 50 周年を迎えた。多くの先達の先生方のこれまでのご努力に感謝申し上げたい。今後、少子高齢社会の時代においてリハビリテーション（以下リハ）医学の果たす役割はさらに大きくなるだろう。しかしながらリハ医学は未だにその基盤を明確に確立したとは言い難い。その基盤確立には、さらなる人材の育成と、その育成された多くの人々による協力と英知の結集が欠かせないと考えられる。

リハ医学の使命は、医学生にリハ医学を教育し、リハ医療を知る医師を育成すること、また将来のリハ医学・医療を担う優れた専門医、指導医、研究者、教育者を育成し、教育・研究・診療を通じて、社会に貢献していくことである。優秀な医師、研究者の育成のためには、リハ医学・医療の重要性を医学部学生、初期臨床研修医に伝え、人材を確保し、質の高い専門医、指導医へと育成するシステムを構築することが必要である。さらには優れた研究者、教育者を育成できるシステムを構築することも重要である。これは、各大学、各地方だけではなく、全国のリハ医学に志をもつ“みんな”で取り組まなければならないとても重要な課題である。しかしながら教育、育成には多くの人の努力、協力と時間が必要である。つまり、とてもとても重要であるが、とても大変で地道な仕事である。リハ医学講座をもつ大学は全国的にまだまだ少なく、残念ながらリハ医学教育が十分になされる環境にないのが現状である。それゆえ、リハ科専門医を養成することが難しく、リハ科専門医が全国に充足する状況とはまだなっていない。しかし、そのような現状でありながらも、徐々にではあるがリハ科専門医が増え、研究も盛んになってきていると感じられるのは大変喜ばしいことである。

私は医学部卒業後、すぐにリハ科に入局し、リハ医学・医療全般の教育、研究、診療にかかわってきた。いわゆる大学の先輩や後輩、“なかま”だけではなく、全国にいたる多くの領域の先生から教をいただき、経験を積ませていただき、これまで育てられてきた。私も現在、在籍する大学を拠点に次世代を担う優秀な人材を多数育て、質の高いレベルのリハ医学・医療を通じて、患者さんが健康で生活できる社会となるように今後も一層努力したいと思っている。それによって育成されていくであろう“かれら”が、さらに次世代の人材を多数育ててくれることだろうと期待してやまない。育成は大学ばかりで行われるものではなく、専門医や指導医が実際に診療をされている現場や研修施設で、自らの後輩を多数育成し、ねずみ算式で“なかま”を増やしていくことが必要だ。“みんな”で“なかま”を増やしましょう。

人の育成によって、リハ医学の未来は次のようになるであろう。リハ医学が十分に教育される医学教育環境となる。障害を軽減するための国際水準の研究や実地医療に貢献できるような成果を上げるリハ医学の視点からの研究とそれによる学問としての基盤確立ができる。人と人が集まり英知を結集し、努力や議論を重ねた結果、新しい視点からのリハ医学研究が生まれる。障害の軽減につながる先進的治療法の開発・実践を行い、病院間での機能分担と連携強化を図り、総合的にリハ医療が展開できるネットワークシステムが確立できる。理想的なリハ診療とその体制ができる。

これらによりリハ医学の未来はさらに輝くだろう。それによってリハ医学・医療はよりいっそう人に、社会に、世界に貢献できるだろう。そのような未来に期待があふれる。

まずはいま目の前にいる専攻医を一人前にしよう。



50年後も希望の光は輝き続ける

水落和也 横浜市立大学附属病院リハビリテーション科

私が初めて参加した日本リハビリテーション（以下リハ）医学会学術集会は、名古屋大学医学部第一内科の祖父江逸郎先生が主催された、第20回総会でした。国鉄名古屋駅すぐ近くの愛知県中小企業センターが会場で、参加費は5,000円でした。セッションとセッション間の会場移動の際には狭い階段が参加者であふれ、ものすごい熱気を感じたことを鮮明に覚えています。いま思うと、単に会場が狭く、空調も今一つだっただけなのかもしれませんが、青二才の研修医には、これが「日本」を冠した学術集会の活気なのかと、胸が躍りました。当時の抄録集をみると、会期は2日間で、会場は講演会場が3つとポスター会場が2つ、さらにもう一つの会場で映画祭が行われていたようです。

ちなみに今年の第50回学術集会は、講演会場10と巨大なポスター・展示会場が1つで、会期は3日間、参加費は20,000円です。唯一、抄録集だけが3,000円と30年前と同じなのが笑えます。

第20回のセッションテーマは脳卒中、脳性麻痺、脊髄障害、福祉・社会・職業、運動器疾患、基礎医学、神経・筋疾患、リウマチ・関節炎、歩行分析、切断、義肢・装具・車いす、循環、呼吸、言語、ADLなどであり、これらはいまもリハ医学の重要な専門領域です。

一方、第50回大会では、これらに加えて摂食嚥下障害、高次脳機能障害、急性期リハ、回復期リハ、栄養、悪性腫瘍、介護保険、地域連携、痙縮治療、ロボティクス、地域在宅リハなどがセッションのテーマになっていて、この30年間に急性期から回復期、慢性期・地域までの医療における広がりにとどまらず、医工学や福祉・介護などの社会科学分野にも領域を広げ、リハ医学が拡大を続けていることがわかります。

さらなる未来に向かって、50年後の第100回日本リハ医学会学術集会でどのようなテーマのセッションが加わるのでしょうか。再生医療、機能再建、人工臓器、臓器移植、ロボティクス、インプラント、高性能生活支援機器、地域包括リハ支援、在宅緩和終末期チーム医療、ユニバーサル環境整備、最先端移動機器、多職種連携マネジメント、包括的スポーツリハ、医療倫理、研究倫理、医療安全管理、リハ経営、温泉気候環境医学、生活支援動物、東洋医学、補完代替医療、宇宙医学、就学就労支援、障害者就労環境、障害者国際協力等々、思いを馳せるだけで楽しくなるではありませんか。

50年前、世界最高のサッカーチームでハットトリックを達成する日本人が出現することを誰が予想したでしょうか。朝の通勤電車で、掌に置いた画面をこすったりたたいたりして無言で頭を垂れる人間の集団をいったい誰が想像したでしょう。わが国に一人もいなかった理学療法士と作業療法士が、こんなに短期間にそれぞれ10万人、6万人にもなることを予測できた医療関係者がいたでしょうか。それほど50年後の未来を見通すことは困難ですが、一方で、50年経ってもいまだに世界のどこかで紛争・戦争・災害は起きていて、犯罪・暴力・差別・貧困は少なくなるどころか、遍く世界を覆っています。

残念なことですが、人間社会の病理が変わらない限り、疾病や障害に苦しみ、社会参加の道を閉ざされる人々がなくなることは期待できないでしょう。WHO・世界銀行が発表したWorld Report on Disabilityによれば、2010年の世界人口の15%、約10億人が心身に何らかの障害を抱え、うち1～2億人が重度の障害者であるとのことですが、ICFの枠組みに基づくリハの理念は社会を照らす光になりうると私は信じていますし、リハ医学は、希望の医学として障害をもった人々に勇気を与えるダイナモとして機能し続けるであろうと信じています。



上医としてのリハビリテーション科医の育成

田島文博 和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座

日本リハビリテーション医学会 50 周年を迎えるにあたり、先達のご努力に感謝すると同時に、これからの発展の一助となるように心を新たにしております。

私事ではありますが、産業医科大学一期生として卒業すると同時にリハビリテーション（以下リハ）科医師を志し、故緒方甫先生の門下生となってから 30 年が経ちます。まだリハが海のものとも山のものともつかない状態でした。リハ科医としての研鑽を積むとともに、リハがいかに国民の福祉と健康に寄与するかということを感じてまいりました。その重要なリハ医学の発展のためには、まず医学の中心である医学部に臨床・研究・教育にわたるリハ医学の拠点が必要なことは言うまでもありません。私は幸い、産業医科大学、浜松医科大学、そして和歌山県立医科大学とその拠点の構築に取り組める機会をいただきました。

リハはこれまでの科の枠組みにとらわれることなく、患者さん第一の治療に取り組めるという特質をもちます。またリハ医療において、地域との連携が重要で、不可欠な点があげられます。和歌山県立医科大学に着任してから、那智勝浦町立温泉病院再生においても、市街中心地に設置した和歌山県立医科大学みらい医療推進センターでも、リハ医学を柱の一つとして医療に取り組んだプロジェクトはすべて成功し、地域医療の核となり得ることを示しました。また、社会的活動の一環として障害者スポーツにも取り組んでまいりましたが、社会的認知を得て、ますます発展すると期待されます。

この成功の鍵は若手リハ科医の育成に尽きます。リハ科医師は患者さんを総合的に診て、シームレスに治療することができます。若い医師は、貪欲に勉強し、患者さんのために尽くし、情熱をもって研究に取り組み、対価を求めず、僻地にも赴任し、大災害時にも危険を顧みずに医療に取り組みます。

このような若手リハ科医を育てるために、すべての医学生にリハ医学を教育し、リハ医療の実態をみせなくてはリハ医学の発展は望めないと思います。リハ医学の臨床・基礎研究も必要であり、今後 50 年を見据えた私の夢は、すべての大学医学部にリハ医学講座が設置されることです。

さらに、リハ医学の発展の根底はその精神の普及にあると確信しています。東京慈恵会医科大学創始者の高木兼寛先生の「病気を診ずして病人を診よ」のお言葉はリハ教育の基本になると考えています。また、リハ医学は福沢諭吉先生の提唱する「実学」であります。その精神のもとで、患者さんの診断を適切にし、最良の治療を行う「臨床力」を教育しなくてはなりません。医師が自分の都合で患者さんを診るのではなく、そして患者さんの診察、診断、治療を完全に遂行する名医となるだけでなく、患者さんの人格、人生、社会的立場などを含め、総合的に診ることのできる医師の育成が求められています。僭越のそしりをまぬがれませんが、この精神を若い医師に伝承していきたいと考えます。

これまでの 50 年、偉大な本学会の先達により、リハ医学が一般に認知されました。私達も少なくとも患者さんに感謝される幸せな医師人生を歩みつつあります。それも、これまで公私にわたり、本学会の恩師の先生方にひとかたならぬご指導をいただいたおかげです。これからの 50 年は私達が若い医師を育て、疾病や傷害に苦しむ患者さんを助けようようにしなくてはなりません。そして、次の世代を育てる循環を確立できるように努力する決意です。

以上が私の自分と未来に向けてのメッセージです。日本リハ医学会を支えてくださったすべての方に心より感謝いたします。



これからの50年のための礎

出江紳一 東北大学大学院医工学研究科リハビリテーション医工学分野

『Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation』第3版の序文によれば（この版から書名にKrusen先生の名前が冠されました）、1947年に米国でリハビリテーション（以下リハ）医学専門医制度が確立したとき、リハ医学は、医学校での教育も病院での実践も、ほとんどなされていなかったとあります。そのような状況で専門医制度を確立させたRusk教授をはじめ多くの人々の情熱が、淡々とした事実の記載から伝わってきます。翻って日本に目を向けたとき、1963年、日本リハ医学会設立に参集した先生方は、50年後にこれほどの発展を遂げると予想されていたのでしょうか。大海原に小舟で漕ぎ出すような船出だったのではないかと推察します。その後の先輩達の、おそらく無我夢中の働きを、筆者は、直接はみていません。医学部を卒業した1983年は、既に専門医制度があり、教室には留学から帰国した先輩がいて、学会誌には先輩の博士論文が掲載されているという時代でした。この間の20年に、リハ医学の学術基盤を創り発展させること、医師卒後研修体制を整備すること、地域にリハ医療を浸透させること、療法士教育に貢献すること、等々が日本各地で行われた様子を想像すると、その労力に圧倒されると同時に、少し羨ましくも感じます。また大変興味も惹かれるところですが、ここでは自分が見聞きしてきた、そこから先の30年間を振り返り、展望を述べます。

脳卒中のリハについては、早期座位の有効性と安全性の議論、帰結を予測するアウトカム研究、神経心理学のリハへの応用などを経て、中枢神経系の可塑性を基盤とする神経機能回復学へと進んできました。排尿障害や嚥下障害、心血管障害といった主たる合併症の管理も、膀胱内圧測定や嚥下造影検査、運動負荷試験を習得したリハ科医によって行われ、適切なリスク管理のもと、最短の時間で最大の利得を達成する医療が目標とされ、実践されてきました。

脊髄損傷のリハは、既に国立療養所や脊損専門施設を中心に、急性期からの合併症管理を含めた治療戦略が確立されており、その後は、MRIの導入による病態理解の進歩、instrumentation手術の進歩が続きました。また、車椅子、シーティング技術、福祉機器、対麻痺患者の歩行装具など、リハ工学の発展を忘れることはできません。さらに、車椅子マラソンなど、障害者スポーツにもリハ科医は積極的に取り組んできました。現在は高齢者の不全頸髄損傷への対応が重要な課題となっています。

神経・筋疾患のリハを系統的に研修できる施設は限られています。また、進行性の疾患が多く、脳卒中や脊損のような機能回復モデルを単純に適用することが困難です。リハ治療のエビデンスを蓄積することが困難なこの領域においても、体外式人工呼吸器、意思伝達装置や環境制御装置、あるいは、心理社会的介入により、QOLをできるだけ長く保とうとする試みが続けられています。

がんは、米国で1970年代からすでにリハ医療が寄与できる領域と認識され、ノウハウが蓄積されてきました。治療の低侵襲化、緩和医療・栄養療法の進歩、チーム医療の促進、生命予後の改善と在宅療養支援などの流れのなかで、リハ医療の対象として大きな位置を占めるようになりました。

紙幅の関係ですべての疾患を述べることはできませんが、この文章を書きながら扱う領域の広さと深さを改めて感じます。また便宜上、疾患毎の記述となりましたが、実際の診療における専門性は、疾患横断的な視点と、病気ではなく患者さんの生活をみる立ち位置にあります。それは、医学研究においても重要な拠点領域になりうるものであり、大規模データを扱える時代に、リハ医学は人を癒し支える学問として新たなエポックを創ると信じています。50周年、誠におめでとうございます。



臓器別診療科と「対等に」渡り合えるリハビリテーション科医の育成に向けて

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

私がリハビリテーション（以下リハ）医学の道に足を踏み入れて30年近くが経ちます。リハ科の多くの先輩達に接する機会がありましたが、私自身は伝統のある教室には属しませんでしたので、かえって幅広い診療科とお付き合いすることができたのかもしれません。日本リハ医学会50周年という記念すべき年に、札幌で第8回日本リハ医学会専門医会学術集会を開催させていただきます。テーマは「臓器別診療科との対話」とし、各診療科からのリハ科への期待と我々の実力の発信とをすり合わせる機会にしたいと考えました。言い換えれば、長い歴史のある診療科と「対等な」立場で協力し合えるリハ科専門医の力をさらにブラッシュアップしようという企画です。

奇しくも本学会の50周年という節目に、リハ科の基本領域の診療科としての位置づけが確立されようとしています。リハ科は、すべての科と協力し合い、急性期から生活期までをカバーするという点で独自性の高い診療科であり、まさに「基本的」な専門領域です。新しい専門医制度において基本領域に位置づけられているのは極めて妥当と言えます。私は現在、教育委員会担当理事として、卒前から専門医取得までを受け持っています。新専門医制度では、まず基本領域の診療科のいずれかを選択して、後期研修に進むことが求められます。この段階でリハ科専門医の研修を選んでもらえるように学会として活動することが大切です。その一環として、今年から新たに「初期研修医等医師向けリハビリテーション研修会」をスタートさせました。臨床研修医や転向を考えている医師にリハ医学の魅力を伝えようという企画です。また、従来から行っている医学生セミナーの広報も強化し、より早い段階から、医学生に対して多くの会員がリハ医学についてアピールする機会を増やせればと思っています。

社会的ニーズも極めて高いリハ科専門医を責任をもって育成するのが本学会の使命です。本学会はすでにしっかりとした体系的な研修カリキュラムをもち、リハにおける様々な分野を受け持つ研修施設を認定しています。新専門医制度では、研修を行う専攻医が診療技術や症例を確実に経験し、その習得を客観的に評価・記録する体制が求められています。これを実現する研修プログラムは、従来の病院単位を超えて、急性期、回復期、生活期等を担う医療機関・施設が共同して行う形になります。これまで以上に積極的に、学会としてリハにかかわる病院・施設等の連携に力を入れ、主導的役割を果たさなければなりません。この大きな変革の時期を乗り越えることは、日本リハ医学会の50年の歴史に磨きをかけることになると思います。

今日、わが国で「リハビリテーション」という言葉自体を知らない人はいないでしょう。一方で、とくに国立大学では、独立したリハ医学講座を設置していないところが多数あります。私自身、札幌医科大学に赴任した当初は、外来と病棟を受け持ち、リハ部も統括する教授職・部長ではあるものの、教室は講座ではありませんでした。講座化の検討委員会を立ち上げてもらうだけでも大変な苦勞をしました。リハ科の臨床の重要性は認められても、国際性をもった研究業績が必ずしも十分とは言えず、他科の歴史にかなわないことは認めざるを得ません。しかし、これを改善するには環境も重要です。大学病院では、孤軍奮闘のリハ科医を脱して講座の組織を整え、研究業績においても引けをとらない人材育成を行わなくてはなりません。幅広い疾患を診ているわけですから、リハ医学の視点を入れて独創的な研究成果を上げられるはずですが。私見ですが、リハ医学の雑誌だけではなく、他の医学領域の雑誌にリハ医学の視点で切り込むべきと考えています。研究でも「対等な」実力を示し、医学教育の足場となる講座があつてあたりまえという状況に向けて推進するのが本学会の重要な役割であると考えます。



エビデンスづくりの基盤としての症例データベース

近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部

私が日本リハビリテーション（以下リハ）医学会の会員になったのは、1984年、学会創立20周年を過ぎた頃であった。1983年の会員数は2,266人だったので、医学界ではさほど大きな学会ではなかったが、その後予想されていた社会の高齢化に伴い、その必要性が高まることは明らかであった。千葉県内の専門医は、私が4人目という時代で、まだリハはあまり普及していなかった。だからリハ病棟を立ち上げ早期からのリハを行うと、その効果を実感できた。一方で、その効果はどれ位で、どのようにすればより効果が大きくなるのだろうかという疑問に思い、その答えとなるエビデンスを探してみても、当時は乏しかった。「まだリハ医学会は歴史が浅い、若い学会だから」と聞いて「仕方がない」と納得していた。

研究と言えば大学病院やその関連病院である大きな公的病院でやるものだと思っていた。またリハと言えば温泉地にあるリハ病院で行うというのがまだ一般的な状況であった。一方、私がリハ病棟を立ち上げたのは、民間の市中病院（船橋二和病院）で、救急車の受け入れ台数がけっこう多く、救急から在宅ケアまでやっていて、研究に適した環境ではないと思っていた。しかし、代々木病院で早期リハの臨床研究をしていた二木立先生（現、日本福祉大学学長）と東京大学リハ部の上田敏教授のもとで研修させてもらったことで見方が変わった。救急患者のなかには common disease である脳卒中患者は多く、ひょっとしたら大学病院よりも多いかもしれない。しかも当時の大学病院には珍しかった作業療法士や医療ソーシャルワーカーも参加するチームで早期リハに取り組み始めた。その強みを活かした臨床研究ならできると、受け持ち患者のデータベースづくりに着手した。

やがて、それを使ったエビデンスづくりが面白くなって、日常臨床に追われながら研究を続けた。その結果、『脳卒中治療ガイドライン2009』に引用してもらえる複数のエビデンスをまとめることができた。その後、擦った揉んだの末に『脳卒中リハビリテーション』を2000年に出版した。そんな中で学んだのは、データベースなどの研究基盤の重要性である。ニーズがあることは必要条件に過ぎず、エビデンスを作りたいという人づくりとともに、それを可能にする方法や基盤が揃ってエビデンスは生まれる。

研究者に軸足を移したので、リハ医学・医療のエビデンスづくりやその基盤整備にいっそう貢献したいと、思いを共有する専門医とともに、厚生労働科学研究費補助金も得て、リハ患者データベースの開発に2005年度から取り組んできた。多くの会員の協力を得られたことで、今では70を超える施設から13万人を超えるリハ患者のデータが登録されるまで育ってきた。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も参加する日本リハ・データベース協議会も2012年9月に設立された。臨床研究には比較対照群の設定が望まれるが、一施設での研究ではそれが難しい。このデータベースは多施設参加型なので、多施設間の比較が可能で、工夫すれば比較対照群を設定したり、一施設を超えた外的妥当性の高いエビデンスづくりをしたりすることが可能になる。少しずつだが、このデータベースを活用した研究が、本学会誌をはじめ海外の医学誌にも発表されるようになってきている。

日本リハ医学会も50周年を迎え、もはや「若い学会」ではない。さらなる高齢化によりニーズや期待は一層高まる。臨床研究の基盤としてのデータベースも育ちつつある。本学会が、次の50年も、人を育て、エビデンスづくりとその普及によって社会に貢献することを期待している。



神経科学の成果をリハビリテーション医療の現場に

宮井一郎 社会医療法人大道会／森之宮病院

日本リハビリテーション医学会が50周年を迎えるにあたり、寄稿の機会を与えてくださったことに感謝申し上げます。

私は幅広いリハビリテーション（以下リハ）医学のなかで、中枢神経損傷に起因する障害に対するニューロリハにたずさわってきました。障害の評価や治療を運動や認知機能を制御する脳からの観点を加えて考えようというものです。このコンセプトの20年間の大きな変化は、神経科学の知見が臨床に実益を伴って反映されてきたことでしょう。第1に1990年代から脳機能画像が普及し、運動や認知課題時の脳活動が脳卒中などの脳損傷患者で評価できるようになり、機能回復と中枢神経系の可塑的变化の関連が明らかになってきました。第2にそのような可塑的变化が麻痺肢の使用に依存して生じるという知見が、リハにとって重要です。第3に麻痺肢の使用を促進するような課題指向型練習の効果が、大規模な多施設無作為比較試験で検証され、2000年代半ばから *New England Journal of Medicine* や *JAMA* のようなリハ医学の領域を越えた5大医学雑誌に掲載されるようになったことでしょう。

最近ではさらに一歩進んで、脳の可塑性を修飾しようという様々な試みがなされつつあります。脳刺激や brain-machine interface, neurofeedback などがあります。今後の焦点は可塑的变化と機能回復の相関を越えて、それらの因果関係を明らかにできるかどうかにあるでしょう。脳損傷で生じた障害の回復の生物学的限界へのチャレンジとして、causality をもって神経ネットワークを修飾するリハ介入の原則が確立されることが期待されます。

一方、神経科学や科学技術の成果が臨床に翻訳される環境があることがリハ医学には不可欠です。2000年からの回復期リハ病棟の量的整備には目を見張るべきものがあります。同病棟がより社会的に評価され、医療体制のなかで存在感を保ち続けるためには、目にみえる形での質の充実が求められています。その基本として、急性疾患発症後の機能改善、再発・合併症予防、在宅復帰に対して、リハ専門医が受けもち医としてだけでなく、チーム医療のリーダーとしてかかわることが肝要でしょう。2013年4月からスタートした日本医療機能評価機構の付加機能・リハ機能（回復期）V3.0でも、リハ専門医の常勤配置を必須としています。医療保険でのリハ資源が最も投入されている同病棟で、専門医が存在感を示すことは重要な課題の一つといえます。このような日常的な介入に加えて、新規治療技術が導入される基盤の確立がリハ医学の発展のキーポイントと考えられます。専門医がしっかりとコミットした回復期リハ病棟の全国的な体制が確立できれば、学会主導でのバイアスのないデータベースの整備、多施設共同研究の支援、神経科学などの基礎科学や医工学との相互交流の推進など、さらにリハ医学が社会的インパクトを与える体系ができるのではないかと思います。

超高齢社会においては、患者の在宅復帰のための仕掛けはますます複雑化しています。原疾患の再発やメタボリック症候群、がん、認知症など多彩な疾患の合併、加齢に伴う身体・認知能力低下、独居や老老介護などの生活環境の変化により、介入が単に機能改善だけでなく、在宅復帰のための環境整備や退院後の機能維持のための社会資源の活用など、より幅広い対応を包含するものとならざるを得ません。科学技術や医療提供体制の変革に対する提言や対応を行いながら、どの患者も必要に応じてアクセスできるリハビリテーション、患者・家族にとって意味のあるリハを提供することが、超高齢社会を迎えた日本のリハ専門医に求められているのではないのでしょうか。そのような取り組みがやがて超高齢社会へと移行していく先進国のモデルともなれるよう、力を尽くしましょう。

筋電電動義手の支給制度の確立とリハ医学会の役割

田中宏太佳 中部労災病院リハビリテーション科

平成6年9月から平成11年3月までの間、私はリハビリテーション（以下リハ）機器委員会（現在は発展解消し、関連機器委員会に統合）委員に任命され委員会活動に参加しました。当時の担当理事は緒方 甫・加倉井周一先生、委員長は山内 繁・川村次郎先生が歴任され、委員会のメンバーも医師に限らず、療法士やリハ工学の専門職など義肢装具・リハ機器に関して臨床や研究において第一線で活躍しておられる先生方で構成されていました。また日本整形外科学会の義肢装具等委員会（委員長：青山孝先生）との合同委員会も開催されるなど非常に活発な活動が行われ、私自身有益な刺激を受けました。当時この委員会は（現在では義肢装具学会が対応していますが）、JIS 制定に関係する福祉機器の標準化に関する調査研究や、国際標準化機構 ISO の標準化に関する日本の窓口としての役割を果たしていました。また、厚生労働省主催義肢装具等適合判定医師研修会の内容検討や物理療法機器の再検討など義肢装具をはじめとしたリハ機器に関するさまざまなテーマが多面的に取り扱われていました。

このころの筋電電動義手（以下、筋電義手）に関する制度は、1979年から開始された労働者災害補償保険法における両側上肢切断者に対して片側筋電義手の価格を制限しての支給、および1994年から開始された身体障害者福祉法における基準外給付（現在の自立支援法における特例補装具）があるのみで、欧米先進国に比べて非常に遅れをとり、日本の制度は遅々として前進していませんでした。このような状況のなかで、リハ機器委員会では国内での筋電義手処方に関する調査や諸外国における筋電義手の公的支給制度などについての調査が川村次郎委員長を中心に行われました。そのような趨勢のなかにおいてリハ医学会社会保障部会で「労働福祉事業による筋電電動義手の給付改善に関する要望書」が検討されるようになったのだと理解しています。

平成18年に、身体障害者福祉法の補装具支給において障害者自立支援法が導入されたことに関連して、労災保険における義肢等補装具支給制度について再検討される必要があったため、平成19年に義肢等補装具専門家会議が開かれ、そこで筋電義手に関する踏みこんだ議論が行われました。その結果、片側上肢切断者に対する労災保険による筋電義手の支給について適正な支給制度を確立するために筋電義手の装着訓練および適合判断を協力医療機関において行ったうえで研究用に支給し、支給事案の収集および分析を行うことが平成20年4月1日から平成25年3月31日まで11の協力医療機関で行われました。筆者の勤務する中部労災病院も協力医療機関として事例収集を積極的に行いました。平成24年6月の最終的な報告書がリハ医学会にかかわりの深い先生方（座長：住田幹男、委員：赤居正美、榎本修、木村彰男、小西康之、高見健二、徳弘昭博 各先生）によりまとめられました。その結果、平成25年度以降に筋電電動義手を継続して使用することが見込まれる労災による片側上肢切断者に対し、筋電義手を正式に支給できる制度が確立されました。

リハ医学会設立50周年の節目の年に、学会員の長年の要望であった筋電義手の初めての公的支給制度が開始されます。ただ、5年の研究支給の期間において指定された11の協力医療機関すべてにおいて筋電義手が処方されていないようです。公的支給制度である以上、日本のどこに居住していても受給資格をもつ切断者はそのサービスを容易に受けられるシステムづくりが今後必要です。

切断患者の医学的管理、筋電義手の制作、適合、リハ訓練にはしっかりとしたりハチームの育成が必要です。今後、日本リハ医学会にはこの点に関する知識や技術を教育する枠組みづくりが求められるだろうと思います。



リハビリテーション科女性医師ネットワーク(RJN)を通して

浅見豊子 佐賀大学医学部附属病院リハビリテーション科

日本リハビリテーション医学会 50 周年記念の年を会員の一人としてお祝いできますことを、心より嬉しく幸せに感じております。

50 年といたしますと、同じ頃に生を受けました私ですので、日本リハビリテーション（以下リハ）医学会とともにここまで歩んできたような思いにもなっております。誕生を含むこの 50 年という学会の一つの時代の間に、リハ医療を担う診療標榜科名が理学診療科よりリハビリテーション科に変わりました。また、つい最近では組織の公益法人化が行われ、学会自体がより成熟した組織になってきているように感じております。そのなかで、学会の女性会員への対応につきましては、他医学会以上の理解や支援があるように思います。女性会員であります私が理事を拝命いたしましたのは 2010 年ですが、多くの医学会がありますなかで女性理事が存在します医学会は、拝命当時はもとより現在に至りましても非常に少ないのが現状かと思えます。そのようななかで、本学会において女性理事が誕生し 2 期目を迎えておりますのは、本学会の開かれた組織の体制を示すものであり大変ありがたく思っております。

お蔭様で、2009 年 6 月にはリハ医学会専門医会の中の組織としまして、リハ科女性医師のネットワーク RJN (Rehabilitation Joy Network for Women psychiatrists) なるものを結成させていただくことができました。この RJN ではこれまで様々な活動を行ってまいりました。まずは 2009 年 12 月より、各施設のリハ科トップをゲストとしてお迎えし、若手リハ科女性医師 2 名がインタビューを行う企画を年 1 回から立ち上げました。今では年に 2 回行っており、これまでに 7 名のゲスト、14 名のインタビューの先生方にご協力をいただき実りのあるインタビューが実施できております。この内容は、学会ホームページの RJN 欄にすべてアップされており、さらに今後は今までの内容を冊子にまとめ、リハ科医を志している、あるいは志そうとしている若い世代の会員の方々にむけた教本的な役割をもたせることができると考えているところです。また、RJN 間の親睦を深め情報交換の場である RJN 懇親会を 2008 年 12 月の福岡の専門医会での開催をスタートとし年 1 回から開催してきましたが、今では総会と専門医会の際には必ず開催し、それに加えて他学会時も RJN 共催のランチ会などをときに開催できるようになりました。最初は女性医師だけの参加による懇親会でしたが、2010 年よりは男性の方もご参加いただけるようになり、RJN 懇親会としては今年の 11 月で 9 回目を数えるまでになり、ますます賑やかで楽しく有意義な時間をもつことができいております。さらに、日本医師会のご協力のもと 2009 年 10 月の諏訪の「うらかめや旅館」で第 1 回目を開催しました『女子医学生・研修医等をサポートするための会』としての女子医学生・研修医のためのランチオンセミナー「リハビリテーション科専門医のお仕事」も、現在は『医学生・研修医等をサポートするための会』と名称を変え、今年で 5 回目の開催となりました。こちらも毎回多くの若い世代の参加が得られており、これからを担う世代にリハ科をアピールできる場として活用できています。

さて、この RJN ですが、50 周年の節目の年である本年、専門医会内組織より独立し、学会内の一つの組織として活動することが認められました。世話人も各地方会より選出されておりますので、全国の女性リハ科医師の力を結集させ、女性はもちろん男女を問わずすべてのリハ科医師のために魅力的な組織活動ができるように努力していきたいと思っております。そして、RJN がリハ科の素晴らしさを多くの方々に伝えられる組織として成熟していけることを願っているところです。会員の皆様には、このような RJN に対しまして、今後ともどうぞよろしくご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。



日本リハビリテーション医学会 50周年に寄せて

園田 茂 藤田保健衛生大学七栗サナトリウム

リハビリテーションという領域は広く、多方面にわたり、多くの交流が必然的に生じると考えられる。ところが、リハビリテーション（以下リハ）が障害という見方をもって行う医療であることを曲解して、「他とは違う」と閉じこもってしまいがちな状況もあったのではなかろうか。

私自身、医師になった時点からリハ医をめざし、リハ医学会だけの世界に生きていた。この10年ほどは、外の世界と繋がるチャンスをいただいていたと実感している。日本高次脳機能障害学会にはリハ医が少ないから来てほしい、と声をかけてくださった先生がおり、また、七栗サナトリウムに回復期リハ病棟運営のエッセンスがあることを見抜いていただいて、回復期リハ病棟協会（当時の全国回復期リハ病棟連絡協議会）に引き込んでもらった。日本脳卒中学会では、理事は地区選挙で選ばれる仕組みであり、入会している数が少ない放射線医やリハ医などが入る余地が現実的にないからと、理事長枠が設けられたと聞く。いずれのエリアも、本来、リハ医が縦横無尽に活躍して患者のレベルアップに寄与すべきところなのに、リハ医があまり進出してこない。内側を向いたままだと、未来に続く道が開けてこないのではなかろうか。

上記例のなかで、回復期リハ病棟に関しては、状況が好転しつつあると感じている。回復期リハ病棟ができた2000年当初には、回復期リハ病棟協会と日本リハ医学会との交流はほとんどなかったが、現在は両者の理事の兼務が3名となり、回復期リハ病棟協会の医師研修会受講により、日本リハ医学会の研修単位認定を受けられるようになってきている。とはいうものの、回復期リハ病棟を管理する医師のなかで、リハ科医の数はまだまだ少ない。回復期リハ病棟協会の2012年実態調査では、回復期リハ病棟の主治医がリハ科専門医または認定臨床医である比率は約20%でしかなかった。リハ科医が少ないとの認識で増加策を練るとともに、ミスマッチやリハ科医の大学偏在と捉えるべきか、などの考察も大切であろう。今後、回復期リハ病棟での経験をリハ科専門医の必須要件と位置づけて、それに応えるだけの教育システムを回復期リハ病棟側が身につければ、リハ医療の発展に大いに役立つであろう。リハ関連団体の意見交換、意思統一は以前から試みられてきており、関連団体の協議会は参加団体数がここ1年で増えてきた。2013年4月に開催されたりハ関連団体協議会には9団体（日本リハ医学会、日本リハ病院・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、回復期リハ病棟協会、日本訪問リハ協会、全国老人デイ・ケア連絡協議会、日本リハ看護学会+国際リハ看護研究会）が集まった。団体数のみならず、会議での議論のなかに、リハの将来を描き進もうという意図が強く感じられるようになった。この環境はぜひ維持していきたい。

以上、部分的にはあるが、日本リハ医学会の外の世界との交流状況を書かせていただいた。現世代・次世代を担う皆様がもっともっと羽ばたき、リハが成長することを願っている。



2025年に向けたリハビリテーション診療体制について

梅津祐一 小倉リハビリテーション病院

今、わが国はかつて人類が経験したことのない少子高齢・少産多死・人口減少などの社会現象が進行している。日々、回復しきれない疾病や生活機能障害を抱え、地域で暮らす療養者や要介護者が増加し続けている。2025年に団塊の世代が後期高齢者となり、それまでに地域包括ケアシステムを確立させることが急務となっている。リハビリテーション（以下リハ）医療はその対策の切り札と位置付けられつつある。そこで、機能分化した医療提供体制ごとに、今後のあるべきリハ診療体制について私見を述べたい。

〈急性期リハビリテーション〉

昨今のリハ関連の診療報酬改定では、施設基準や急性期加算などリハ施設の充実や早期からのリハの提供を優遇する報酬になっている。急性期リハ診療体制は、廃用症候群の予防、早期離床、ADL自立に向けて早期からのリハをチームで行うことが重要である。そのためにリハ科医師の配置、早期離床やADL低下の予防などに取り組む病棟看護師の配置、適切な人員のリハ専門職の配置、さらにそれらの職種が有機的に協働できる組織が作られるべきである。

〈回復期リハビリテーション〉

回復期リハ病棟は全国で65,000床を超える病床数となり、数的には地域格差はあるものの充実してきている。今後の課題は良質な回復期病棟がいかに増えていくかである。

①急性期病院との連携：急性期は効率的で質の高いリハ医療が求められ、できるだけ早期に回復期リハへ移行されるべきである。受け入れ当初は、医学的に落ち着いていないケースも多く、総合的診療能力が求められる。急性期と回復期の連携強化にはお互いの信頼関係の構築が重要である。

②回復期リハビリテーションの質：質の評価で一番重要なことはリハ治療成績である。その評価には客観的な尺度が必要であるが、重症例や難治例など数字には表すことのできないリハ効果もあり、その点には考慮する必要がある。

質の高い効率的な回復期リハの実現には、リハ科医師、看護・介護職、リハ専門職、MSW、管理栄養士、歯科衛生士などの専門職の適正配置が必要である。リハ科医師のリーダーシップのもと、リハ専門職の質的向上を常に図り、職種間で密な連携を行うことにより質の高いチーム医療が実践できる。

③生活期へのつなぎ：発病（受傷）前と比べ生活動作や社会活動能力が低下した場合は、再び生活を営むための準備が重要である。退院後の生活プランニングは回復期リハの重要な仕上げである。MSWとケアマネジャーを中心に、すべての職種が分担して今後の生活の構築にかかわるべきである。退院後生き生きとした生活を営むために、退院直後より機能維持あるいはさらなる機能向上を目指すケアプランが重要である。

〈生活期リハビリテーション〉

生活期リハの目的は、体力や機能の維持向上、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担の軽減などを多角的に行うことで自立生活の支援を行うことである。生活期リハの基本は廃用症候群をいかに予防するかにある。さらに、高齢者が尊厳を保ちながら、重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを全うできるようリハ的観点から様々な生活支援をすることが必要である。地域包括ケアシステムの確立において、生活期リハ医療の役割は非常に重要であると考えている。



木を見て森も見よ!

佐伯 覚 産業医科大学若松病院リハビリテーション科

50年前の本学会設立の背景には、医学の専門分化が進み、患者を全人的かつ包括的にみる視点を失っていた当時の状況も関係しているように思います。いわゆる、物事の一部や細部に気をとられて全体を見失う「木を見て森を見ず」の状況です。先達の先生方の強力なリーダーシップにより、リハビリテーション（以下リハ）医学も専門分化から総合への意志をもって発展し、リハの理念も浸透してきました。一方、近年の急速に進む医療や社会の変化、リハ領域の拡大などにより、リハ医学分野内での専門分化（サブスペシャリティ）が進んできました。これは必然的な流れであり、今後、より一層進んでいくことと思います。

しかし、リハ医学のサブスペシャリティを追求するあまり、全体を忘れるようなことがあってはなりません。サブスペシャリティの専門分化のみが進むことは、50年前に時計の針を戻すことになってしまいます。「専門分化」と「全人的かつ包括的」という一見相反するものの両立が、今こそ必要かつ重要になっています。すなわち、「木（専門分化）を見て森（全人的対応）も見よ」ということです。一見矛盾したことのようにですが、これは、現代の複雑な事象への対応で求められる「個別の専門性も重視しながら全体の重要性も認識する」姿勢であり、全体最適の問題解決法です。

今日のリハ医学の発展は、その専門性だけでなく、その内在する高い理念・精神によるものと思います。以前、『生命倫理百科事典』（原著第3版、丸善、2007）において、小生が「リハビリテーション」の項目を翻訳しましたが、そのことが示されています。少し長いですが一部抜粋いたします。「……リハビリテーションを実施しない場合、障害の社会的コストはきわめて甚大である。リハビリテーション・サービスの費用負担は、単純にその費用-便益の点で自明であり、議論の余地はない。……どのような場合でも消費者の自立を保証するというリハビリテーションの目的は、見事に平等を求める社会政策の意志に合致している。障害者の自立は健常者の自立と同じである。すなわち、社会の選択者として生活を楽しむ能力において、また、公正かつ民主的社会へ参加する能力においてである。恐らく、他のどの医学専門分野よりもその信望が厚いことで、リハビリテーション医学の精神は、個人の自由というこれらの大切に育てられた理想を体現するのである」。この活動を支援するのが本学会の使命であり、その成果は必ずリハビリテーションを必要とする人々に益すると信じています。



リハ医学会 50 周年へのお祝いと「障害」に関する教育への期待

芳賀信彦 東京大学リハビリテーション医学分野

日本リハビリテーション医学会の設立 50 周年を心からお祝い申し上げます。

私が本学会に入会してから 25 年以上が経ちますが、うち 20 年弱は一学会員として学術集会への参加や演題発表、学会誌の購読・論文投稿、研修会への参加等を通じて学会とつながってきました。7 年ほど前からは委員会活動などを通じ、より深くかかわらせていただいています。特に教育委員会には約 5 年間お世話になったこともあり、ここでは医学部学生の教育に対するリハビリテーション（以下リハ）医学会の役割について考えたことを書かせていただきます。

最近、医学部の会議で資料に「精神障がい者」と書かれているのを見て、ある教授が「障害の害」を平仮名にしているのは意図的なことなのか？と質問されました。彼は私より少し年上なのですが、「障害」の記載法に様々な考え方があることをご存知なかったのです。この会議の参加者のほとんどは医療従事者なのですが、彼らの顔色から他にも多くの方がご存知ない様子でした。われわれが学生であった時代には、このような議論はなかったと記憶しているのですが、この問題に限らず障害に関する教育が医学部では乏しく、医師になってから興味をもって知識を得ようとしなければ、日々の診療に忙殺されて障害のことを考える機会は限られていることの表れであると思います。

医療全体の進歩は著しく、MRI トラクトグラフィなどの画像診断、遺伝子診断、カテーテル治療、ロボットを含む内視鏡手術など私が学生であった頃からは想像もつかない技術が出てきています。学生が 6 年間に勉強すること、覚えることも膨大で、医学以外の知識を吸収する時間はどんどん減っています。しかしこういう時代であればこそ、私は将来の医療を担う学生には、医療の対象は「(生物としての) ヒト」ではなくて「(人格をもつ) 人」であること、医療ですべての疾患を治癒に至らしめることは今後も絶対にあり得ず、何らかの障害が残る人がいることを知っていてほしいと考えています。このために、医学部 2 年（大学 4 年）で行うリハ科系統講義の最初に行う「リハビリテーション医学総論」では、半分以上の時間を「正常・異常とは何か?」、「障害とは何か?」から始めて障害にかかわる様々な話に費やしています。臨床実習のなかでは、大学におけるバリアフリー支援や障害者雇用などについて学生が作ったレポートをもとにディスカッションしています。東京大学では幸いにこのような話を医学部学生にする機会がありますが、日本の大学医学部・医科大学のなかにはリハ医学の講義・実習に十分な時間がとれない大学がまだまだ多いのは、教育委員会が行ったアンケート調査などから明らかです。学会として医学部におけるリハ医学教育の充実に寄与することは、今後も重要な課題の一つであると思います。少しでも多くの医療従事者が、病気の診療に伴う、あるいはその結果生じうる障害について考えることができるよう、関係する先生方のご尽力に期待いたします。

今年 7 月に、東京大学医学部附属病院リハビリテーション科・部は、本学会と同じく開設 50 周年を迎えました。東京大学の 50 年の歴史を振り返るなかで、様々な場面で学会のお力を借りながらわれわれが発展してきたことを知りました。これからも東京大学医学部附属病院リハ科・部は日本リハ医学会と同じ年齢を重ねていくこととなります。ますますの本学会の発展を祈念いたします。

急性期医療の基本的な要素としてのリハビリテーション

藤谷 順子 国立国際医療センターリハビリテーション科

リハビリテーション（以下リハ）には二つの要素があると考えている。医療の基本的な要素であるところのリハと、専門的なリハと。後者は、運動（感覚）する・させるということの脳神経系や身体組織への影響を研究する最先端の医学であり、改善のための効果あるプログラムを研究したりそれを証明したりする医学である。

このような構造はすべての臨床医学の分野にあてはまる。不整脈、高血圧、糖尿病、リウマチ…。多くの場合、その治療手段は薬である。新しい治療法（薬）が発見され、普及する。普及の担い手は、普通の医師であり、たとえば不整脈の薬は多くの医師が処方しているが、自分には難しい病態だと思いと、専門家に紹介する。

しかしながら、少なくとも急性期総合病院の多く（特に、脳卒中や整形疾患以外の病棟）においては、リハが医療の基本に入っていないのが現状である。そこまでの供給体制が確保されていない。その疾患・病態を良くしてその人を早期に回復させ合併症を予防しようと普通に考えれば当然なことなのに、リハがごくわずかししか実施されていない施設がほとんどである。

自分は現在、急性期病棟にリハスタッフを増やすべく努力しつつ、各科医師・研修医へのアピール・指導も続けているのだが、どうしてなかなかリハが普及しないのか、考察してみた。

一つには、リハ医療の治療手段が「人」であることであろう。薬を処方するのは、処方箋1枚であり、病院に新薬を入れる手続きは各病院に既に存在する。しかし人を増やすということを負担に思う経営者が多いようなのである。また、もちろんスタッフの経験・実力等により、予想通りあるいは予想以上の効果があることもあれば、期待通りにはいかないこともある。

もう一つは、まだまだ療法士の存在（そしてリハの提供）が「必要不可欠の医療行為」（損得抜きでもすべき医療行為）として認められていないことであろう。医師や看護師と異なり、どうも療法士は、「診療報酬を生むための人件費・コスト」として捉えられがちである。リハの不要な患者にリハを施行して診療報酬を稼いでいるのではなく、患者さんを治すためにリハが必要で、その実績への報酬のひとつとして診療報酬があるのである。療法士の功績を診療報酬のみでカウントすることはできないのに、そうされがちであるのは、残念なことである。

さらに、各科医師の認識である。主治医がリハを必要だと考えなければ始まらないのであるが、まだまだリハの重要性が理解されていない。急性期医療におけるリハの効果は、「合併症が起きない」「少ない日数で良くする」「同じ日数でより元気になる」ことが主であるため、そのような種類の統計をとっておかないと、効果が数字で表せないということも要注意点である。

リハは医師にとって、地道な時間を要することも少し敷居が高くなっている理由の一つと思う。すなわち、検査の結果をPCで見て、次の検査の指示をクリックして、といった具合ではできない。医師自らが患者を診る必要があるのである。話を聞き、質問し、観察し、歩いてもらったり飲み込んでもらったり、眼と判断力が必要である。混沌とした状態から病態と問題点を明らかにして治療を考える。本来はそれこそが医師の腕の見せどころであり醍醐味であるし、患者が医師に期待することでもあるはずと思う。

リハ科が、「リハは必要だ」というのではなく、各科の医師が、「リハは必要だからスタッフを増やしてほしい」という日を目指して、今後も仕事をしていきたいと思う。



50周年に寄せて

安保雅博 東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科

日本リハビリテーション医学会設立50周年おめでとうございます。心から、お祝い申し上げます。私も同様に「五十而知天命」の歳になり、東京慈恵会医科大学リハビリテーション（以下リハ）医学講座も開設30周年を迎え、時の流れの早さに驚き、志高く自分に厳しく、やるべきことを果たして行っているかどうか自問自答をしながら、日々身の引き締まる思いをしています。

50周年に寄せて、「未来志向型のメッセージ」との依頼がありました。日本リハ医学会が1963年に任意団体として発足し、1989年に社団法人となった翌年に私は慈恵医大を卒業し、9か月の研修後、慈恵医大リハ医学講座に入局し、約22年が過ぎました。この間の日本リハ医学会において、思い出に残っていることを振り返りつつ、今後本医学会がどうあるべきかを僭越ながら「未来志向型のメッセージ」として残したいと思います。

米本恭三教授と宮野佐年教授のもと2回の日本リハ医学会学術集会のお手伝いできたこと。1996年にリハ科標榜認可になったこと。このお祝いの会で、初代社団法人日本リハ医学会の理事長だった故津山直一先生が、「お祝いのスピーチの長さとお頭の良さは、反比例するから短い挨拶をする」とおっしゃって、温かみがありなおかつ圧倒的なカリスマ性を感じさせる祝辞を拝聴し震えたこと。1997年に第8回国際リハ医学会世界大会が京都で開催されたこと。2002年の申請時から「リハビリテーション科学」が科学研究費の細目に入り、ご苦労された先生方に心から感謝したこと。2006年にリハ科専門医会が設立され、第1回リハ科専門医会学術集会を慈恵医大中央講堂において開催したこと、などが思い出されます。

いろいろな先生方のご尽力のおかげで、設立50周年を迎えた日本リハ医学会であります。さらに本学会を発展性のあるものにするためには、あまりにも専門化・細分化しすぎた現代医療において、全人的に人間を捉え、特定の臓器・疾患に限定せず多角的に診る、そして看ることができる部門は唯一リハ医学であることを、再度認識する必要があります。そして、評価のための評価に終わるようリハではなく、実学としての治療的リハの確立が急務であると考えます。先人の業績を土台にして、創意工夫を凝らし、日々変わりゆく情勢に鋭敏に対応しながら、ぶれることのない志をもち、自己犠牲をしながら目的を達成していく。このような気構えをもち実行し続けることが、最も重要なことだと思います。

また、リハ科専門医の側から、一般市民、各種団体、他学会、講座をもたない大学などに、培った業績をもとに声高らかにリハ医学の素晴らしさと必要性・専門性を積極的に啓蒙、教育をすることも極めて大切であると思います。そして、リハ医のパートナーといえる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師に対して、彼らの力が十二分に発揮できるように環境整備を行い、お互い同じ土俵で切磋琢磨しながら良質なリハの充実・確立を図る必要があることも大切な事項であることはいまでもありません。このようなことをしっかりと念頭に置き、本学会の発展を目指していかなければ必ずや学会自体が空虚な存在になってしまうだろうと痛感しています。

201X年4月、「教授、今年度の入局員で遂に大学所属の医局員が100名を超えました」。いつかこのような日が来ることを夢みながら、リハ医学の発展を心から願い、その一端を担うべく邁進をする決意を日本リハ医学会設立50周年にあたり、新たにしています。夢は見るものではなく叶えるものでありますから…。



試験問題作成委員会を経験して

和田 太 産業医科大学リハビリテーション医学講座

日本リハビリテーション医学会設立50周年誠におめでとうございます。私は、平成元年に入会したのでちょうどその半分近くの24年間在籍したことになります。医局当時、一般にリハビリテーション(以下リハ)の医師の存在は十分認知されていなかったこともあり、そのアイデンティティを心配することもありましたが、初めて、学術集会(第27回、福岡)に参加した際に、リハ科の先輩医師の方々がたくさんおられることを実感し、心強く思ったことを今でもよく覚えています。

私が学会活動と大きくかかわったのは、平成18年から平成24年までの試験問題作成委員会(現試験問題委員会)と平成20年から平成24年までの脳卒中治療ガイドライン策定委員会でした。これらの委員会活動の機会をいただくまでは、学会の活動には接点がなく、恥ずかしながら、その活動内容をよく知りませんでした。試験問題作成委員会は認定臨床医や専門医の筆記試験問題を作成していますが、当時は年に7回委員会を開催し、土曜日の朝10時から夕方5時近くまで昼の食事時間以外は、ずっと問題の作成や検討をしていました。1日中、ずっと問題とにらめっこしているのは意外と苦痛であり、根本的に改訂が必要な問題には、何冊もの本を手にも苦悩し、自分の知識のなさを思い知らされることも多々ありました。試験を受ける立場であった頃には、問題を作成することがこれほど手間と時間がかかるとは知りませんでした。委員の先生方が、忙しいなかスケジュールを調整して学会事務局まで出向き、1日中、熱心に問題作成検討に格闘される姿を見て、その熱心さに感心しました。また、その活動をテキパキとサポートされる事務局の方々の存在もとても印象的でした。問題作成は、知識を整理できる点でメリットはありますが、委員の先生方の無償の協力があるからできるのだと思います。おそらく、学会活動の多くも、試験問題作成委員会と同様に、会員の先生方や学会関係者の方々の熱心な取りくみが大きく貢献していると思われます。その根底には、「リハ医学・医療をできるだけよいものにしたい」という共通の目標があると思います。リハ医学・医療に対する見方や考え方が各個人で若干異なっている、共通の目標があれば協力して大きな力を発揮できると期待します。

リハ医学・医療はその間口が大きく広がり、徐々にエビデンスも積み上げられ、体系化も進み、質的にも変わってきていることを実感します。それに伴いリハ医学・医療関連で学ぶべき内容は大幅に増え、論文や書籍などの情報もその選択に悩むほど増えています。試験問題作成委員会の活動を通じて、会員の先生方が効率のよい学習ができるための、教育の体系化の必要性を大きく認識しました。生涯教育は効果が目に見えるまで時間がかかりますが、大きな効果を生む手段であり、多くの学会会員が協力できる方向に進むことを期待しています。私も微力ですが、お手伝いができれば幸いです。



リハビリテーション科専門医の今後に向けて

菊地尚久 横浜市立大学学術院医学群リハビリテーション科

今回 50 周年の記念誌に執筆させていただく名誉を受け、専門医の今後に関するテーマで執筆いたします。私は日本リハビリテーション医学会での主な活動として、最初に認定委員会の委員・委員長を務めさせていただきました。その後、専門医会の幹事に選出され、幹事長の仕事も経験いたしました。現在は試験委員会の委員として試験制度の検討、専門医試験の実施にかかわっています。

現在、わが国では専門医制度全体の見直しを進めており、2017 年度から新しい制度に移行していくことになりました。本学会の専門医制度は比較的早期から立ち上げられ、専門医制度における基本 18 領域の一つとなっています。これは本学会の発展にとって非常に重要であり、この制度が決まるまでの過程で本学会に貢献されてきた諸先輩方には大変感謝しています。現在の専門医制度の基本領域には「患者が何か困ったときにまず訪れる科」という定義があり、その意味では、我々の領域は急性期病院のみで考えるとこれにあてはまるかやや疑問がありますが、地域医療や福祉行政など幅広い分野における活動とし、また「患者」を「障害者」に読み替えると、まさにこれにあてはまる科といえます。

今後、専門医の研修・認定・更新は学会から第三者機関に移行することが決まっていますが、だからといって本学会から専門医の研修・認定・更新がすべて移行するわけではありません。今回の専門医制度改革は米国の制度をかなり踏襲したものとなっていますが、米国ではリハビリテーション（以下リハ）に関する学会（AAPMR, AAP, ACRM など）とリハ科専門医に関する機構（ABPMR）は完全に分離しています。しかし、当然のことながら専門領域に関すること（研修プログラムの評価、認定試験の問題作成・口頭試験実施、教育研修講演開催など）は専門家にしかできません。したがって実際にはかなりの部分で学会を引っ張っている先生方が機構の人間となって、活動していることとなります。またリハ科専門医を目指す人を受け入れるのは個々の施設になりますが、今後は地域における複数の施設で研修を行っていくスタイルとなりますので、地方会を中心とした学会活動がこれをサポートしていくことになるでしょう。

今回の専門医制度改革でリハ科専門医に最も有利なことは、今後初期研修終了後には基本 18 領域のどこかの科に所属する必要があるということです。昨年度、専門医試験の受験者はようやく 100 名を超えましたが、今後は、単純に毎年の医師国家試験合格者数を 18 で割ると 400 人余りとなりますので、毎年全国で 200 ～ 300 名のリハ科専門医志望者が生まれることが期待できます。また、現在医師の不足数が最も多いのはリハ科ですから政策誘導でさらにもっと増える可能性もあります。専門医が増えれば、各施設のリハ医派遣の要求に応えられるようになることはもちろん、専門医教育をできる指導医も増え、リハに関する研究活動を行う医師も増えるので、学会がますます発展できる明るい未来が、近い将来に期待できるものと思っています。

今回の 50 周年の節目がこのような機会にあたるのは偶然かもしれませんが、今までコツコツと努力を積み重ねてこられた先輩方の貢献によるところが大きかったのだと思います。このチャンスに向けて、日本リハ医学会会員ならびに専門医全員が個々の技術を高め、研究活動を発展させ、学生・研修医教育を充実させ、患者さんへの認知度を高めていくことで、リハ科専門医の仲間をもっと増やすことができると思いますし、結果としてより多くの患者さんのためにリハ科専門医が貢献できれば素晴らしいことだと思います。私は 20 年後の 70 周年ぐらいまでは現役で仕事ができるのかなと思います。リハ科専門医の今後に関与できるように学会の仲間達とともにさらに努力していきたいと思っています。



50周年を迎えて

中馬孝容 滋賀県立成人病センターリハビリテーション科

日本リハビリテーション医学会が50周年を迎えることになった。とてもすごいことだと思う。多くの諸先生方が築き上げてこられたうえでの、50周年である。

もともと、リハビリテーション（以下リハ）科は日本には存在しなかったところから始まり、今や、リハという言葉は国民誰もが知っている状況となった。

リハという言葉から感じるイメージは、皆それぞれと思うが、患者さんのなかには努力して症状がよくなるというイメージを強くもっておられる方が多いように思う。確かに、皆そうならば本当によいところから願っているが、残念ながらそのような患者さんばかりではないことも周知のところである。

脳卒中のリハ医療は発展し、多くの手段を用いることができるようになった。ボツリヌス療法、電気刺激、経頭蓋磁気刺激法、装具療法、CI療法、促通反復療法（川平法）などの神経筋促通法等があり、施設によって行っている治療法はさまざまで、特色がみられるようになった。これらをすべて行っているところは多くはないだろうが、患者さんの知識は豊富になり、外来に來られてはいろいろな治療法を口にされる時代になった。

私の外来ではボツリヌス療法を行っているが、患者さんの反応もいろいろである。注射後によくなったと喜んでくださる女性の患者さんがおられた。麻痺には変化を認めないが、痙縮をうまくコントロールすることができて、編み棒を把持することができ、編み物ができるようになったというのである。すでに4人のお孫さんにマフラーや帽子を編んだとのこと。肩は凝るようだが、とてもよい笑顔でマフラーや帽子をお孫さんが着けている写真をみせてくださった。別の少し高齢の男性の患者さんは、注射の効果について尋ねると、どうも冴えない表情である。筋緊張は緩和されているものの、患側上肢の随意性の向上がなく、効果はないと思うとのことである。いろいろと話をし、もう少し間をあけてボツリヌス療法は再検討しましょうかと言うと、ご家族ともにぜひ継続してほしいと話された。注射後に自主訓練の指導を行い、その効果はあるのだが、満足度が伴わないのである。麻痺の残る指がスムーズに動かないかぎり、満足度において前向きな発言はしてくれないようで、ボツリヌス療法を行う目的や目標について、時間を割いて話をを行った。ボツリヌス療法は念のために行う治療法ではないことは理解してくれたと信じている。

両者ともにボツリヌス療法の効果としては同程度といってもよいぐらいだったが、前者は前向きに、できなかったことができるようになったと喜ばれ、後者は元に戻らないとがっかりされている。リハとは何だったかと、改めて思った。

長生きすればするほど、何らかの病に罹ってしまうものである。そんななかで、しぶとくしなやかに人生を生き抜くことのお手伝いができる手段の一つにリハがあると思う。年をとることは当たり前で、いろいろと不自由なことが起こってしまうことも想定内のことであるはず。リハ科専門医は最も頭が柔軟な医療者であることが大切で、自分自身もそうありたいと改めて思う。50周年を機に、いろいろと考える機会をもつことができた。諸先輩方が築かれてきたことを思いながら、自らの心をしなやかにして、リハ医療に向き合い続けたいと思う。



これからの日本リハビリテーション医学会に期待すること

辻 哲也 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

日本リハビリテーション医学会が50周年を迎えられましたこと、誠におめでとうございます。リハビリテーション（以下リハ）医学領域の基幹学会として、今後ともますます発展されることを願っております。私の場合、リハ医学会との関わりは25年近くになります。私の最初の学会発表は研修医1年目の関東地方会でしたが、声がうわずるほどに緊張したことを鮮明に覚えております。その頃はまだパソコンが普及しておらず、専門の業者にスライド（もちろんモノクロ）の作成を依頼していたことを懐かしく思い出しました。現在の発表環境を考えると、隔世の感があります。さて、本稿では未来志向型のメッセージを求められておりますので、リハ医学会診療ガイドライン委員会委員長としての立場で、僭越ながら「これからのリハ医学会に期待すること」を述べさせていただきます。

一つの医療分野を確立するためには、研究活動を推進し、それに裏付けされたガイドラインを策定し、そのガイドラインに準拠した臨床研修を実施し、専門的な知識や技能を有するスタッフを育成することで医療の質を担保し、そのうえで実際の医療を実践することが必要となります。さらに、医療現場での様々な問題点をリサーチクエストとして昇華させ次の研究を進めていくことが、その医療分野のさらなる発展へとつながっていきます。

臨床研究に関しては、リハ医学領域においてもわが国発の質の高い介入研究が増加しつつありますが、まだまだ十分ではありません。倫理的配慮が厳しくなり、研究のデザインが厳しく審査される状況のなか、リハ医学のクオリティーをわが国だけでなく世界にアピールしていくためにも、公的研究費をうまく活用しつつ日本リハ医学会や専門医会の主導で多施設共同大規模研究をマネジメントすることが必要だと思います。また、新しい医療技術が加速度的に増えていくなかで、リハ医学領域においてもTR（Translational Research）すなわち生命科学などの基礎的研究成果を医療分野で実用化するための橋渡し研究についても、リハ医学会が取り組みを進めるべきと考えています。

診療ガイドラインに関しては、現在6つの策定委員会が活動しており、リハ医学会カウントダウン企画として5つのガイドラインの刊行を予定しています。今後も既存のガイドラインの改訂作業や新しい分野のガイドライン策定をリハ医学会主導で進めていければと思います。策定作業のなかで最も重要なことは、作成されたガイドラインを関係する医療職や一般市民の方々に、いかに普及・啓発させるかです。本学会や関連学協会、医療情報サービス Minds や海外の関連学会との連携を推進し、わが国だけでなく世界へ向けた情報発信をしていければと思います。

そして、ガイドラインに準拠した臨床研修や実際の医療に関しては、本学会はとても重要な役割を担っています。疾患別リハが拡大しつつある現状のなかで、リハ科専門医といえども、知識やスキルに偏りが生じがちです。しかし、病気や外傷の結果生じる障害の専門家として、疾患横断的に診断・治療できることが基本領域専門医としてのリハ科専門医の本質だと思います。その点については誤った方向に変質してしまわないように、これからもリハ医学会が常に目を光らせてほしいと切望しています。

最後に、これから専門医を目指そうとされている先生方へ、ひとこと申し上げて筆を置きます。リハ医学は医学分野としては比較的新しく、未開拓の分野がたくさんあります。私もまだまだ興味が尽きません。ぜひ、躊躇することなく新しい領域に切り込んで、その領域のパイオニアとなり、普及・啓発の先導役になってください。その積み重ねが、障害を負った患者さんのQOL向上をもたらしとともに、リハ科専門医の存在意義を高めることになると確信しています。



リハビリテーションの広がりとはチャレンジ

武原 格 東京都リハビリテーション病院

日本リハビリテーション医学会 50周年おめでとうございます。この50年という歴史には、多くの先輩方がリハビリテーション（以下リハ）の礎を作り、努力と苦労を重ねられた結果、今日があるものと思っています。リハという言葉は、私が医学部を卒業した当時と比べても、現在は世間的に広く浸透してきていると思います。リハ病院が増え、多くの回復期リハ病棟が開設されたことも要因の一つと思われます。それに伴いリハ専門職の数も増え、平成25年度は1万人以上の理学療法士、4,000人以上の作業療法士、1,500人を超える言語聴覚士が誕生しています。しかし、今後必要とされるリハ科専門医数は、本学会の専門医会の報告によると3,000～4,000人であり、質を落とさず多くのリハ科専門医を育成することは急務と言えるでしょう。

これまではリハという言葉の浸透、リハ科を開設する病院の増加と進み、今後はリハの質に注目が集まる時代へと歩むのではないのでしょうか。リハ病院や回復期リハ病棟という名のもとで行われているリハですが、時々その質の違いに驚かされることがあります。リハ科専門医が、リハの質の向上に寄与することは間違いありません。適切な評価、ゴール設定、リスク管理などリハ科専門医でなければできないことが数多くあります。リハ知識をもって療法士達とコミュニケーションをとり、適切なゴールに向かってチーム医療を牽引できるのは、リハ科専門医以外ないと考えています。

最近、リハ科専門医の増加が期待できる朗報がもたらされました。2017年度から開始される新専門医制度は、リハ科専門医増加の追い風になる可能性を秘めていると考えています。基本領域専門医の一つとしてリハ科が入っているのは非常に意義があり、日本リハ医学会が、リハの重要性を示してきた賜物です。学会員が一丸となってリハの魅力をより多くの若手医師にアピールし、多くの仲間とともに学会を盛り上げていく絶好のチャンスです。

またリハは、広い分野にまたがり、脳機能解析の進歩とともに様々な新しいリハ手法も開発され、近年、非常に活発に発展している医療の一つと言えます。学会の研究発表も近年悪性腫瘍に関するものが増加するなど、研究分野も時代とともにその内容が推移しており、決して古い体質のままではありません。そして、新しいことにチャレンジするのにこれほど適した分野はありません。私達は、臨床において患者のできることを見つけ、それを伸ばしていくことを常に行っています。できないことを証明するのではなく、どのようにしたらできるようになるのかを常に考えている私達にとって、新しい芽を育てるという意識が日本リハ医学会の土壤にあるものと信じています。

私が医学部を卒業した当時の東京慈恵会医科大学の研修では、卒業後最初に入局希望である診療科で研修を行い、その後各科をローテーションで研修するシステムでした。当然、私は慈恵医大リハ医学講座で研修を開始し、何もわからないまま、先輩医師や教授秘書に言われるがまま、日本リハ医学会に入会し、あっという間に19年が経過しました。現在は、他にも関連する学会に入会し日々研鑽を積み毎日ですが、医学部卒業後リハ科医として働いてきた私にとって、日本リハ医学会は自分の根幹であり、拠り所とも言えます。今後も時代とともに変化しつつも、リハマインドという変わらぬ志をもって、日本の、さらに世界のリハを牽引するリハ科医を輩出する日本リハ医学会として、益々発展することを切に願います。



燦然と輝く

山田 深 宇宙航空研究開発機構客員研究員／杏林大学医学部リハビリテーション医学教室

2011年は、旧ソビエト連邦のユーリ・ガガーリン飛行士が人類で初めて地球の軌道を一周してから50周年を祝う年であった。同じ年に完成した国際宇宙ステーション（International Space Station：ISS）における長期滞在ミッションは今まさに佳境を迎えつつあるが、スペースシャトルが退役した現在、ISSへの往還には現ロシア連邦のソユーズ宇宙船が使用され、日本人宇宙飛行士も搭乗している。半世紀にわたって積み重ねられた彼の国の技術と経験はとてつもなく重厚に感じられ、信頼に裏付けられた自信に満ち溢れている。日本リハビリテーション医学会の50年の歩みが築き上げてきたものは、果たしてどうであろうか。

地球の重力の束縛を逃れ人類の新たな活動の場を拡げることを目指した有人宇宙開発の歴史と同様、リハビリテーション（以下リハ）医学の歴史もフロンティアへの挑戦であったのだと思う。臓器や疾患という枠組みを超え、生活と障害を評価することで問題点を見出し、その解決を図るというリハ医学の診方は、よい意味でもはや斬新なものではなくなった。宇宙という広い視野からみて初めて、我々は地球の碧さを知ったということに似ている。考える葦である人間、二足歩行を手に入れて道具を使うことを覚えた人類の、人が人たる所以を追及する実学として、リハ医学に壮大かつ普遍的な価値を感じずにはいられない。

この主観が、客観的に正しいものとして広く社会に認知され、すべての人々がその利益をすべからく享受できるようになるまでには、今しばらくの時間が必要なのである。臨床の現場において、「リハビリしましょう」と説明して怪訝な顔をされることはまずない。「リハビリ」という言葉自体はすっかり市民権を得たものといえよう。「寝たきりではいけない、リハビリが必要だ」と声高に叫ばれる。問題は、病態生理と対抗手段に対する理解と実践が伴っているかである。リハ科医が不足しているといわれる一方で、その医師としての責任の所在が明確にならないまま、リハ医療の体系化が進められてきた。質の高い効率的なリハの提供に系統だったアプローチは必須ではあるが、むしろこれまでの流れは画一化といってもよい。機械的な線引きでは割り切ることのできない、人としての生き方の機微にもかかわる領分はリハ医学の魅力であり、イレギュラーに対応してこそその専門医でもある。また、社会の仕組みに翻弄されるのではなく、学術団体としての本懐であるサイエンスの追求、その成果によって社会が動かされるのである。

社会の変革は日々進んでいる。50周年を新たな挑戦の歴史が始まる節目の年としてとらえ、リハ科医の存在が一層の輝きを放つ時代へ向けた牽引力となること、それが我々の世代のミッションである。



リハビリテーションスピリット

橋本圭司 国立成育医療研究センターリハビリテーション科

私がリハビリテーション（以下リハ）医学の道を志した理由は、障害を負った当事者、そしてそれを必死に支えているご家族の力になりたい、そんな思いでした。医師になってすぐに日本リハ医学会に入会しました。大学の医局の先輩方から勧められての入会でしたが、今振り返ってみると、あれこれ議論を重ねるより、まずは実践してみたら考える、できることから始めそれを伸ばすという精神が、リハ医学の根底にあるのではないかと考えています。そのような「スピリット」をもった人々が、日本リハ医学会には数多く所属しているように思います。

人間は1度心や体に障害を抱えると、自信を失い、ふさぎこみがちになってしまいます。しかしながら、自分に障害がある人も、同じ障害に苦しんでいる人を助けることができます。むしろ、同じ障害だからこそ、助けることができるのです。患者や周囲の人々は、障害があることを嘆き苦しむあまり、何とか元通りに戻ることばかりにこだわってしまいがちになります。しかし、リハの本当の意味は、元通りに戻ることではなく、そのような苦難に出会ったときに、いかにそれと向き合い、自分自身が、今日、明日から何ができるかを問いかけることではないかと思うのです。

病気や障害に遭遇したことを、いつの日かプラスに考え、そのような経験をした自分にしかできない「何か」を見つける過程こそが、真のリハといえるのではないのでしょうか。

心や体に障害を抱えた人々の支援は、近年の医療制度の枠のなかで維持することが難しい現状があります。しかしながら、当事者と人として向き合い、人として行動を起こすマインドがあれば、どのような制度のなかでも、どんな環境であっても、よいリハを行うことができると私は信じています。

患者の障害や問題点を見つけ、それをなくそう、補おうと患者のお尻ばかりを叩く支援はもうやめにしなければなりません。様々な障害と向き合うリハ、その本当の対象は、それを取り巻く我々自身の心のなかにあります。我々自身が変わろうとする勇氣、それこそが本来のリハから生み出されるべき「スピリット」であると考えています。そんな「スピリット」を心に抱くチャンスを与えてくれたリハ医学、そして日本リハ医学会に感謝しています。

リハ医学は、その治療対象が最も広い治療医学の一つです。小児から成人、高齢者に至るまで、それぞれのニーズに合った予防—急性期管理—リハビリテーションを提供できる、そんな素晴らしい分野であるリハ医学を、これからも世に広めていきたいと思えます。



資料

Appendix

資料 1
年 表

年	リハビリテーションのあゆみと学会関連事項	参考事項
リハビリテーション黎明期		
1906年	・田代義徳が東京帝国大学に整形外科学講座を開講（初代教授）	・ドイツで初めて肢体不自由児調査実施（ビーザルスキー：整形外科医，リハ思想の継承発展に貢献）
1913年		・オスカー・ヘレネ・ハイム完成（ベルリン，寄付と公的資金によって支えられた医学的，教育的，職業的リハのための近代施設）
1914年		・第一次世界大戦始まる
1916年	・高木憲次が東大整形外科に入学	
1917年	・高木：下谷万年町（現：東京都台東区）の肢体不自由児実態調査	・ソビエト政権の成立 ・全国作業療法推進協会（アメリカ）設立
1918年	・高木：「夢の楽園治療所」の説（肢体不自由児には治療と教育と職能が授けられるような施設が必要であるという考え）	・第一次世界大戦が終結 ・戦傷者のための「職業リハビリテーション法」（アメリカ）
1920年		・戦後恐慌，国際連盟の創立
1921年	・柏倉松蔵（教員，マッサージ師）が柏学園創立（日本最初の私立肢体不自由養護学校）	
1922年	・高木がドイツ留学に出発（～1923年），ビーザルスキーを訪問	・アメリカ理学療法協会結成 ・健康保険法制定
1923年		・関東大震災，身体障害者援護法（ドイツ）
1924年	・高木が東大教授に就任	
1925年	・高木が肢節不完児福利会を設立	
1926年		・日本整形外科学会創立
1927年		・昭和金融恐慌
1929年	・高木が肢体不自由児の名称を提唱	・世界恐慌（暗黒の木曜日として知られる）
1931年	・竹澤貞女（東大整形外科局員）が岩ノ坂（現：東京都板橋区）の調査を報告，肢体不自由児者は住民の1% ・九州大学温泉治療学研究所開設	・満州事変起こる
1932年	・田代らの尽力により東京市立光明学校が開校（日本最初の公立肢体不自由児養護学校）	
1933年		・ヒトラー内閣が成立
1934年	・高木の医学会総会での演説「整形外科の進歩とクリュッペルハイム」が一般社会にも大きな反響（4月）	
1937年	・高木が肢体不自由者療護園建設委員会を設立	・日中戦争始まる（～1945年）
1938年	・臨時東京第三陸軍病院（神奈川県相模原）開設（主として切断戦傷兵の義肢装着訓練） ・国民健康保険法制定	
1939年	・高木が（財）肢体不自由者療護園を設立	・第二次世界大戦始まる（～1945年）
	・守屋 東（教育者，社会事業家）：クリュッペルハイム東星学園を開園（1943年廃止） ・傷痍軍人職業補導所（東京，大阪，福岡）職業訓練	
1940年	・傷痍軍人箱根療養所開設（脊髄損傷者）	・ペニシリンの薬効の発見
1941年		・太平洋戦争始まる（真珠湾攻撃）
1942年	・国民医療法 ・高木が整肢療護園を開園（現：東京都板橋区小茂根）	
1944年		・ストレプトマイシンの発見
1945年	・東京大空襲で整肢療護園が罹災	・第二次世界大戦が終結 ・終戦，ポツダム宣言受諾 ・無条件降伏，連合軍占領下におかれる

(つづく)

年	リハビリテーションのあゆみと学会関連事項	参考事項
1947年	<ul style="list-style-type: none"> ・児童福祉法制定, 厚生省整肢療護園再建着手 ・全国都道府県に肢体不自由児施設の設置計画 	<ul style="list-style-type: none"> ・日本国憲法の施行(5月) ・労働者災害補償保険法
1948年	<ul style="list-style-type: none"> ・高木が東大を定年退官 ・高木が(財)日本肢体不自由児協会を設立 	<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康サービス NHS (イギリス)
1949年	<ul style="list-style-type: none"> ・高木が全国巡回指導を始める ・九州労災病院(現:北九州市)開院, 日本最初の労災病院 ・身体障害者福祉法制定, 身体障害者手帳の交付などを定める ・厚生省は「全国巡回講演並びに相談指導」開始(4月) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケスラー(国際肢体不自由者福祉協会会長)初来日
1950年	<ul style="list-style-type: none"> ・多田富士夫が多摩緑成会整育園を開園(児童福祉法による肢体不自由児施設)～1961年全国に設置完了 ・国立身体障害者更生指導所発足(神奈川県) ・日本肢体不自由児協会(任意団体)財団法人認可, 国際肢体不自由者福祉協会の日本代表加盟団体となる(会長:高木)～国際肢体不自由者福祉協会は国際障害者リハ協会を経て現リハ・インターナショナル RI となる. 高木は1960～1963年国際協会副会長 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝鮮戦争(～1953年) ・精神衛生法(1995年精神保健福祉法)
1951年	<ul style="list-style-type: none"> ・高木:整肢療護園を復興 ・身体障害者更生相談所の設置(新潟, 富山, 石川, 滋賀, 大阪, 広島, 島根, 宮崎) ・整肢療護園, 厚生省へ移管 ・日本肢体不自由児協会に経営を委託 	<ul style="list-style-type: none"> ・児童憲章制定, 制定委員:高木 ・対日講和条約(サンフランシスコ条約)調印 ・占領終了, 日米安全保障条約締結
1952年		<ul style="list-style-type: none"> ・占領時代の終了 ・国際物理医学リハ連盟(IFPRM)創立
1953年		<ul style="list-style-type: none"> ・ラスク(ニューヨーク大学)来日 ・ポリオワクチンの発明
1955年		<ul style="list-style-type: none"> ・自動車損害賠償保障法
1956年	<ul style="list-style-type: none"> ・鹿教湯温泉療養所開設:脳卒中リハの先駆け 	<ul style="list-style-type: none"> ・国際連合に加盟
1958年	<ul style="list-style-type: none"> ・柏倉:柏学園を廃止 	
1959年	<ul style="list-style-type: none"> ・九州労災病院リハセンター開設(一般病院リハ部門としての意義) 	
1960年	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者雇用促進法の公布 ・精神薄弱者福祉法(1998年知的障害者福祉法) 	<ul style="list-style-type: none"> ・新日米安保条約 ・ベトナム戦争(～1975年)
1961年	<ul style="list-style-type: none"> ・国民皆保健制度 	<ul style="list-style-type: none"> ・ポリオの大流行(ワクチンの緊急輸入)
リハビリテーション発展期		
1963年	<ul style="list-style-type: none"> ・高木:逝去(74歳)(4月) ・国立療養所東京病院付属リハ学院開校(初のPTOT養成校) ・東大病院に中央診療部運動療法室開設(日本最初の大学病院リハ診療施設) ・日本リハビリテーション医学会創立(9月29日) 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人福祉法成立
1964年	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回日本リハビリテーション医学会開催(7月) 会場:大阪市医師会館 会長:水野祥太郎(阪大教授) ・「リハビリテーション医学」(リハ医学)創刊 	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルシンキ宣言(ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則) ・東京オリンピック・パラリンピック開催(第2回パラリンピックとされているが,開催時にパラリンピックと呼称されるようになったのは1988年)
1965年	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士作業療法士法施行 ・第3回汎太平洋リハビリテーション会議(東京)～日本初のリハ関連国際会議(現RI, リハ協:日本障害者リハ協会共催) ・第1回全国身体障害者スポーツ大会 	
1968年	<ul style="list-style-type: none"> ・日本リハビリテーション医学会が日本医学会に第56分科会として加入 ・横浜市大医学部リハ科発足(固有病床を持つ最初の診療科) 	<ul style="list-style-type: none"> ・内科系学会社会保険連合加入
1970年		<ul style="list-style-type: none"> ・心身障害者対策基本法 ・国際リハビリテーション医学会(IRMA)創立
1972年		<ul style="list-style-type: none"> ・アメリカ最初の自立生活センターの創立(エドロバーツ) ・沖縄返還

(つづく)

年	リハビリテーションのあゆみと学会関連事項	参考事項
1973年		・リハビリテーション法（アメリカ） ・「総合リハビリテーション（総合リハ）」（医学書院）創刊
1974年	・獨協医科大学にリハ医学講座開設（大学における最初の独立の講座）	・診療報酬改定（身体障害運動療法・作業療法新設） ～リハ医療における保険点数改善
1975年	・『リハビリテーション医学用語集』発行 ・『関節可動域ならびに測定法』作成公表 ・第1回医師卒後研修会～2002年	
1977年	・第1回リハ交流セミナー（現：総合リハ研究大会）開催	
1978年	・『義肢装具のチェックポイント』第1版発刊	
1979年	・『リハビリテーション白書』発行	・全員就学の義務化
1980年	・「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	・国際リハ交流セミナー（東京）：国際障害者年記念行事（リハ協主催）	・国際障害者年
1982年	・『リハビリテーション白書増補改訂版』発行	
1987年	・「日本リハビリテーション医学会認定臨床医制度」を新たに設立	
1988年	・鹿児島大学リハ医学講座開設（国立大学で最初の講座） ・義肢装具士法施行 ・第16回リハビリテーション世界会議（東京）（RI・リハ協主催，津山直一組織委員長）	
1989年	・「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）（8月1日）	
1990年		・障害をもつアメリカ人法
1991年		・ソ連崩壊（冷戦の終結） ・湾岸戦争
1992年	・研修施設認定基準制定	・「Journal of CLINICAL REHABILITATION（臨床リハ）」（医歯薬出版）創刊
1993年		・障害者基本法
1994年	『リハビリテーション白書第2版』発行	
1995年		・阪神淡路大震災 ・地下鉄サリン事件
1996年	・「リハビリテーション科」標榜認可（9月1日）	
1997年	・国際リハ医学会第8回世界大会 IRMA VIIIを開催（京都） 上田 敏会長，千野直一事務局長，海外参加者700名，国内参加者1,100名	・外科学会社会保険委員会連合加入
1998年	・言語聴覚士法施行	・長野冬季オリンピック・パラリンピック開催（冬季パラリンピックは1976年から開催）
1999年	・「日本リハビリテーション医学会ニュース」（リハニュース）創刊，年4回	・国際物理医学リハ医学協会（ISPRM）発足（IFPRMとIRMAの統合）
2000年	・学会ホームページ開設 ・海外研修制度開始	・回復期リハ病棟制度，介護保険制度施行 ・骨と関節の10年（～2010年）
2001年	・Mew Millennium Asian Symposium on Rehabilitation Medicine（東京）14か国188名 ・科学研究費補助金（文科省）「リハ科・福祉工学」新設	・国際生活機能分類（ICF），高次脳機能障害支援モデル事業（厚労省） ・アメリカ同時多発テロ（9.11） ・「Monthly Book Medical Rehabilitation（MB Med Reha）」（全日本病院協会）創刊
2002年	・実習研修会（以後，毎年開催，現在9種類） ・第1回優秀論文賞授与（6月） ・「日韓合同カンファレンス」於：慶州 ・市民公開講座開催（以後毎年開催）①宇都宮市，②倉敷市，③出雲市，④松山市，⑤広島市	・イラク戦争（～2011年）
2003年	・『保険診療手引き』発行（ホームページ掲載） ・『リハビリテーション医学白書』発行 ・『身体障害者診断書作成の手引き』発行	・支援費制度施行

（つづく）

年	リハビリテーションのあゆみと学会関連事項	参考事項
2003年 (つづき)	<ul style="list-style-type: none"> ・教育大綱策定(卒前, 卒後初期研修, 専門医研修, 専門医生涯教育に関する教育カリキュラムの大枠提示) ・専門医制度の改正について(「リハビリテーション科専門医」への移行に向けての諸規則, 細則等の整備を実施) ・「日本リハビリテーション医学会地方会組織に関する規則」施行(以後, 各地方会の組織的活動が定例化) ・『呼吸リハビリテーションマニュアル—運動療法』発行(他学会と合同編集) ・「リハビリテーション科専門医」であることを条件とした新たな指導責任者制度の制定 	
2004年	<ul style="list-style-type: none"> ・「リハビリテーション科専門医」の「広告表示」が可能となる(3月1日) ・診療ガイドライン委員会の設置 ・「日韓合同カンファレンス」(京都)参加総数 医師 432名, コメディカル 107名, 海外参加者 136名 ・『脳卒中治療ガイドライン 2004』発行(脳卒中合同ガイドライン委員会編集) ・学術集会時の託児所の開設 	・新医師臨床研修医制度
2005年	<ul style="list-style-type: none"> ・「医学生リハビリテーションセミナー」開催(以後, 毎年開催) ・「倫理委員会」の立ち上げ(社団法人日本リハビリテーション医学会倫理委員会規定の作成) 	・発達障害者支援法施行
2006年	<ul style="list-style-type: none"> ・一般医家のためのリハビリテーション研修会(～2008年) ・『リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン』発行 ・「リハビリテーション科専門医会」(専門医会)設立総会(2003年の専門医制度改正に伴い新たに設立)(6月2日) ・「第1回リハビリテーション科専門医会学術集会開催(以後, 毎年開催) 	・障害者自立支援法施行
2007年	<ul style="list-style-type: none"> ・第44巻第1号から機関誌名称を変更(「リハビリテーション医学」→「The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine」) ・『脳卒中リハビリテーション連携パス—基本と実践のポイント』発行 ・『義肢装具のチェックポイント第7版』発行(日本整形外科学会との合同編集) ・『リハビリテーション医学用語集第7版』発行 ・日本リハビリテーション医学会事務局移転(東京都板橋区→新宿区) ・「リハビリテーション科専門医医師像」を決定し, 日本専門医制評価・認定機構専門医制度評価委員会に通知(リハビリテーション科専門医とは『病気や外傷の結果生じる障害を医学的に診断治療し, 機能回復と社会復帰を総合的に提供することを専門とする医師』である。) ・『呼吸リハビリテーションマニュアル—患者教育の考え方と実践』発行(他学会と合同編集) 	・特別支援教育が学校教育法に位置づけられる
2008年	<ul style="list-style-type: none"> ・「日本リハビリテーション医学会倫理綱領」(暫定版)を決定版とし, 会則集の定款施行細則に記載 ・システム導入(会員管理システム, メールマガジン・webアンケート, 掲示板等の運用開始) ・「データマネジメントワーキンググループ」設置 ・「リハビリテーション医育成アクションプラン策定ワーキンググループ」設置 	<ul style="list-style-type: none"> ・国連障害者権利条約 ・リーマンショック
2009年	<ul style="list-style-type: none"> ・病態別実践リハビリテーション医学研修会(以後, 毎年開催) ・「リハビリテーション科女性専門医ネットワーク」(RJN)立ち上げ ・『脳性麻痺リハビリテーションガイドライン』発行 ・「研究倫理委員会」設置 ・『脳卒中治療ガイドライン 2009』発行(脳卒中合同ガイドライン委員会編集) ・公益法人化への対応開始(ワーキンググループを設置し, 定款改正等の検討) 	・産科医療保障制度

(つづく)

年	リハビリテーションのあゆみと学会関連事項	参考事項
2010年	<ul style="list-style-type: none"> ・リハニュース No.44 Special Edition 「リハビリテーション医学ガイド」発行 ・『病態別実践リハビリテーション医学研修会 (DVD)』発行 ・50周年記念事業実行委員会を設置 (記念事業期間：2013年前後5年間) ・「専門医制度改革対応ワーキンググループ」設置 	
2011年	<ul style="list-style-type: none"> ・東日本大震災 (3月11日) の発災に対し「震災対応ワーキンググループ」設置 ・「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」設置 ・東日本大震災のために延期されていた「第48回日本リハビリテーション学会」を11月に開催 	・東日本大震災 (3月11日)
2012年	<ul style="list-style-type: none"> ・リハニュース No.44 Special Edition 「リハビリテーション医学ガイド」改訂版発行 ・「日本リハビリテーション医学会」公益社団法人化 (4月1日) ・第1回「一般医家に役立つリハビリテーション医療研修会」開催 (2013年も開催) ・『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』発行 (東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体『大規模災害リハビリテーション対応マニュアル』作成ワーキンググループ企画・編集) ・「日本リハビリテーション・データベース協議会」(JARD) 発足 (事務局：日本リハビリテーション医学会事務局内) ・50周年記念事業として、9月29日を「リハビリテーションを考える日」とし、翌30日に専門医会主催の「リハビリテーションを考える日 市民公開講座～リハビリテーション科専門医とともに考える脳卒中の予後」(共催：朝日新聞社、於：横浜) を開催 ・『呼吸リハビリテーションマニュアル—運動療法—第2版』発行 (他学会と合同編集) 	・iPS細胞の発見により山中伸弥教授がノーベル生理学・医学賞を受賞
2013年	<ul style="list-style-type: none"> ・第50回日本リハビリテーション医学会学術集会および設立50周年記念式典開催 (6月13日) ・『がんのリハビリテーションガイドライン』発行 ・『リハビリテーション医学白書2013年版』発行 ・『リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア』発行 ・『障害者の体力評価ガイドライン』発行 	・障害者総合支援法施行

資料 2

歴代理事長一覧

- 第1代 (1989～1994年) 津山直一
- 第2代 (1994～1998年) 米本恭三
- 第3代 (1998～2004年) 千野直一
- 第4代 (2004～2008年) 江藤文夫
- 第5代 (2008～2012年) 里宇明元
- 第6代 (2012～) 水間正澄

資料 3

学術集会年表

第1回 (会期：1964年7月12日)

会場：大阪府医師会館

会長：水野祥太郎 (阪大整形外科)

会長講演：リハビリテーション医学の地域社会における諸活動 (映画供覧)

第2回 (会期：1965年4月11～12日)

会場：虎ノ門ホール

会長：大島 良雄 (東大物療内科)

第3回 (会期：1966年4月5～6日)

会場：九州大学医学部中央講堂

会長：天児 民和 (九大整形外科)

第4回 (会期：1967年5月27～28日)

会場：東京厚生年金会館

会長：砂原 茂一 (国立東京療養所東京病院)

第5回 (会期：1968年6月1～2日)

会場：国立教育会館

会長：小池 文英 (整肢療護園)

第6回 (会期：1969年5月24～25日)

会場：日本都市センター

会長：相澤 豊三 (慶應大学医学部内科)

会長講演：日本リハビリテーション医学会の歩み

第7回 (会期：1970年7月22～23日)

会場：札幌市民会館

会長：河邨文一郎 (札幌医科大学整形外科)

会長講演：北海道における地域的リハビリテーションの進展

第8回 (会期：1971年5月14～15日)

会場：国立教育会館虎ノ門ホール

会長：小林太刀夫 (東京大学内科)

第9回 (会期：1972年5月25～26日)

会場：神奈川県立音楽堂・横浜市教育会館

会長：土屋 弘吉 (横浜市立大学整形外科)

第10回 (会期：1973年5月24～25日)

会場：東北大学記念講堂

会長：杉山 尚 (東北大学温研物療内科)

会長講演：リハビリテーションの立場からみた脳卒中後遺症患者7年間の follow up

第11回 (会期：1974年5月25～26日)

会場：徳島県郷土文化会館

会長：山田 憲吾 (徳島大学整形外科)

第12回 (会期：1975年5月28～29日)

会場：神戸文化ホール

会長：柏木 大治 (神戸大学整形外科)

第13回 (会期：1976年6月3～4日)

会場：神奈川県立県民ホール・横浜産貿ホール

会長：横山 巖 (神奈川県総合リハセンター七沢病院)

第14回 (会期：1977年5月19～20日)

会場：岡山市民会館・岡山県総合福祉会館

会長：児玉 俊夫 (岡山大学医学部整形外科)

会長講演：わが国の慢性関節リウマチの実態

第15回 (会期：1978年5月25～26日)

会場：別府市杉の井ホテル

会長：木村 登 (佐賀医科大学副学長)

会長講演：虚血性心臓病のリハビリテーション

第16回 (会期：1979年5月10～11日)

会場：日本都市センター

会長：佐藤 孝三 (日本大学整形外科)

第17回 (会期：1980年6月10～11日)

会場：国立教育会館

会長：佐々木智也 (東京大学保健センター)

第18回 (会期：1981年5月4～5日)

会場：川崎医科大学

会長：明石 謙 (川崎医科大学リハ医学教室)

第19回 (会期：1982年6月11～12日)

会場：国立教育会館

会長：津山 直一 (東大整形外科)

会長講演：神経支配機構の可塑性—末梢神経・筋機能の転換

第20回 (会期：1983年6月10～11日)

会場：愛知県中小企業センター

会長：祖父江逸郎 (名古屋大学第1内科)

会長講演：リハビリテーションと空間感覚

第21回 (会期：1984年7月6～7日)

会場：松山市民会館・愛媛県民館

会長：野島 元雄 (愛媛大学整形外科)

第22回 (会期：1985年6月7～8日)

会場：宇都宮市文化会館

会長：高橋 勇 (独協医科大学リハ科)

第23回 (会期：1986年6月5～6日)
会 場：長崎市公会堂・長崎市民会館・長崎県福祉会館
会 長：鈴木 良平 (長崎大学整形外科)
会長講演：私の歩行研究

第24回 (会期：1987年6月27～28日)
会 場：国立教育会館
会 長：上田 敏 (東京大学リハ部)
会長講演：脳卒中片麻痺の障害学

第25回 (会期：1988年6月2～4日)
会 場：神奈川県民ホール・産業貿易センター
会 長：大川 嗣雄 (横浜市立大学リハ科)
会長講演：臨床医学としてのリハビリテーション医学の Identity を求めて

第26回 (会期：1989年5月31日～6月2日)
会 場：仙台市泉文化創造センター・仙台市泉区役所
会 長：今田 拓 (宮城県拓杏園)
会長講演：リハビリテーション医学からみた身体障害者福祉

第27回 (会期：1990年6月28～30日)
会 場：福岡サンパレス
会 長：緒方 甫 (産業医大リハ医学教室)
会長講演：車椅子スポーツからみたりハビリテーション医学

第28回 (会期：1991年5月31日～6月2日)
会 場：国立教育会館・新霞ヶ関ビル・霞ヶ関ビル
会 長：米本 恭三 (東京慈恵会医科大学リハ医学教室)
会長講演：筋の病態生理とリハビリテーション

第29回 (会期：1992年5月28～30日)
会 場：神戸コンベンションセンター
会 長：澤村 誠志 (兵庫県立総合リハセンター)
会長講演：わが国における地域リハシステムの展望

第30回 (会期：1993年5月20～22日)
会 場：仙台国際センター・東北大学記念講堂松下会館
会 長：中村 隆一 (東北大学医学部附属リハ医学研究施設)
会長講演：リハビリテーション医学これからの30年

第31回 (会期：1994年6月28～30日)
会 場：幕張メッセ国際会議場、幕張イベントホール
会 長：千野 直一 (慶應義塾大学医学部リハ科)
会長講演：Stroke Impairment Assessment Set(SIAS)
—新しい脳卒中機能評価法について—

第32回 (会期：1995年6月2～4日)
会 場：名古屋国際会議場
会 長：土肥 信之 (藤田保健衛生大学リハ医学教室)
会長講演：障害医学の進歩—リハビリテーション診断学

第33回 (会期：1996年5月30日～6月1日)
会 場：パシフィコ横浜
会 長：村上 恵一 (東海大学医学部リハ医学教室)
会長講演：Intensive Rehabilitation への路

第34回 (会期：1997年8月31日～9月2日)
会 場：国立京都国際会館
会 長：近藤 徹 (埼玉医科大学リハ医学教室)
会長講演：分娩麻痺—予後予測と治療

第35回 (会期：1998年5月28～30日)
会 場：青森市文化会館・ホテル青森・青森厚生年金会館
会 長：福田 道隆 (弘前大学医学部附属脳神経疾患研究施設リハ部門)
会長講演：脳性障害におけるリハビリテーションの展望—脳性麻痺・脳卒中を中心として

第36回 (会期：1999年5月20～22日)
会 場：鹿児島市民文化ホール・サンロイヤルホテル・ベイサイドガーデン
会 長：田中 信行 (鹿児島大学医学部リハ医学講座)
会長講演：リハビリテーション医学への展望と課題

第37回 (会期：2000年6月22～24日)
会 場：東京ビッグサイト
会 長：石神 重信 (防衛医科大学校病院リハ部)

第38回 (会期：2001年6月14～16日)
会 場：パシフィコ横浜
会 長：安藤 徳彦 (横浜市立大学医学部リハ科)
会長講演：提言 リハビリテーション医療のシステム確立の必要性

第39回 (会期：2002年5月9～11日)
会 場：東京国際フォーラム
会 長：三上 真弘 (帝京大学医学部リハ科)
会長講演：21世紀におけるリハビリテーション医学

第40回 (会期：2003年6月18～20日)
会 場：札幌コンベンションセンター
会 長：眞野 行生 (北海道大学リハ医学)
会長講演：随意運動の制御とリハビリテーション

第41回 (会期：2004年6月3～5日)

会 場：京王プラザホテル
会 長：江藤 文夫 (東京大学大学院医学系研究科リハ医学)
会長講演：医学的介入の指標としての活動とリハビリテーション医学

第42回 (会期：2005年6月16～18日)

会 場：石川県立音楽堂・ホテル日航金沢・金沢全日空ホテル
会 長：立野 勝彦 (金沢大学医学部保健学科)
会長講演：リハビリテーション医学の専門性—変遷と障害評価および研究課題—

第43回 (会期：2006年6月1～3日)

会 場：東京プリンスホテルパークタワー
会 長：宮野 佐年 (東京慈恵会医科大学リハ医学講座)
会長講演：リハビリテーション医学の進歩と実践—温故知新—

第44回 (会期：2007年6月6～8日)

会 場：神戸国際会議場・神戸国際展示場
会 長：住田 幹男 (関西労災病院リハ診療科)

第45回 (会期：2008年6月4～6日)

会 場：パシフィコ横浜会議センター・展示ホール
会 長：江藤 文夫 (社団法人日本リハ医学会)

第46回 (会期：2009年6月4～6日)

会 場：静岡グランシップ
会 長：木村 彰男 (慶應義塾大学月が瀬リハセンター)
会長講演：リハビリテーション医学—夢と希望への挑戦—

第47回 (会期：2010年5月20～22日)

会 場：鹿児島市民文化ホール・鹿児島サンロイヤルホテル・みなみホール
会 長：川平 和美 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハ医学)
会長講演：今日の先端科学を明日のリハビリテーションへ

第48回 (会期：2011年11月2～3日)

会 場：幕張メッセ
会 長：赤居 正美 (国立障害者リハセンター病院)
会長講演：物性・構造の“Manufacturing”—人体の組織変化を人為的に起こす—

第49回 (会期：2012年5月31日～6月2日)

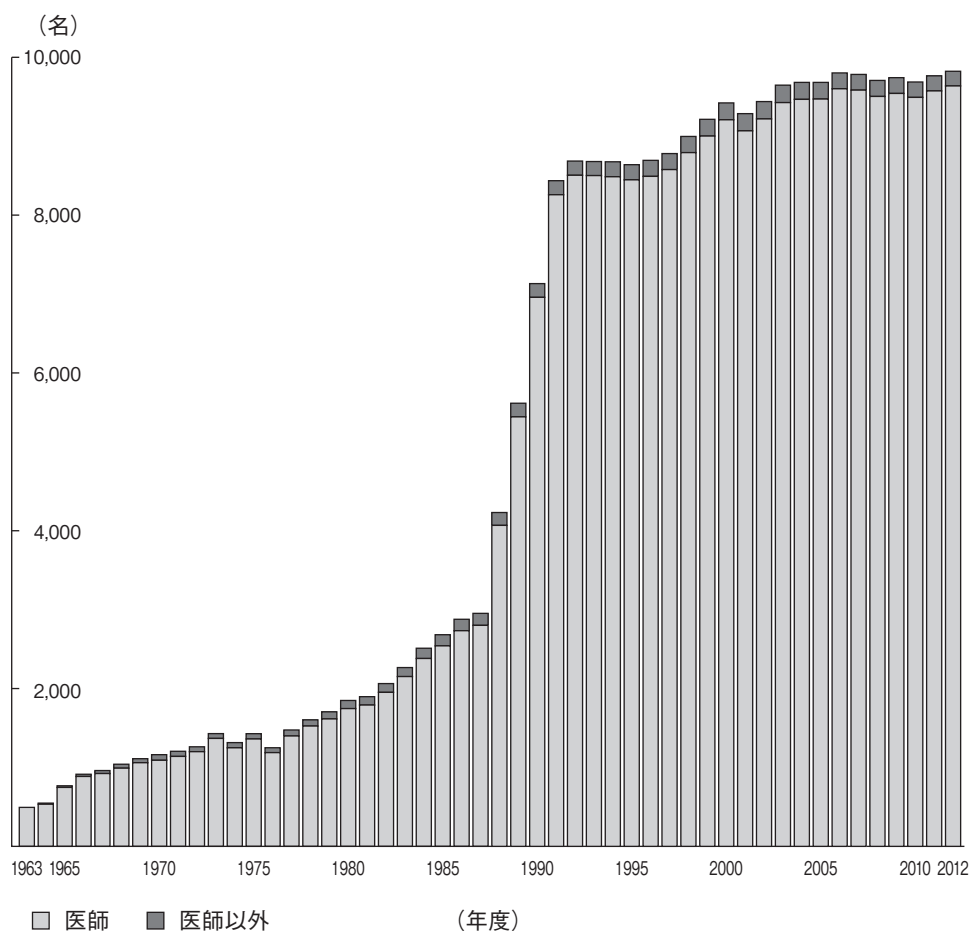
会 場：福岡国際会議場・福岡サンパレス
会 長：蜂須賀研二 (産業医科大学リハ医学講座)
会長講演：リハビリテーション医学：社会参加・職場復帰を目指して

第50回 (会期：2013年6月13～15日)

会 場：東京国際フォーラム
会 長：水間 正澄 (昭和大学医学部リハ医学講座)

学会会員数の推移

年度	医師	医師以外	総会員数	年度	医師	医師以外	総会員数
1963	494		494	1988	4,068	163	4,231
1964	534	14	548	1989	5,443	173	5,616
1965	747	21	768	1990	6,958	174	7,132
1966	886	28	914	1991	8,258	178	8,436
1967	923	38	961	1992	8,505	180	8,685
1968	991	50	1,041	1993	8,501	178	8,679
1969	1,060	51	1,111	1994	8,486	190	8,676
1970	1,091	71	1,162	1995	8,447	192	8,639
1971	1,140	65	1,205	1996	8,491	203	8,694
1972	1,200	62	1,262	1997	8,577	203	8,780
1973	1,368	61	1,429	1998	8,792	205	8,997
1974	1,249	66	1,315	1999	9,002	212	9,214
1975	1,361	67	1,428	2000	9,208	214	9,422
1976	1,188	62	1,250	2001	9,068	218	9,286
1977	1,399	76	1,475	2002	9,219	220	9,439
1978	1,525	78	1,603	2003	9,426	221	9,647
1979	1,615	90	1,705	2004	9,467	215	9,682
1980	1,746	103	1,849	2005	9,471	211	9,682
1981	1,791	106	1,897	2006	9,601	201	9,802
1982	1,952	111	2,063	2007	9,584	199	9,783
1983	2,152	114	2,266	2008	9,504	203	9,707
1984	2,381	130	2,511	2009	9,542	200	9,742
1985	2,541	141	2,682	2010	9,492	195	9,687
1986	2,733	145	2,878	2011	9,574	191	9,765
1987	2,801	152	2,953	2012	9,637	186	9,823





編集後記

1963年に発足した日本リハビリテーション医学会は、本年2013年に設立50周年の記念の年を迎えました。これを記念して、第50回日本リハビリテーション医学会学術集会にあわせて、関連諸団体や外国からのご来賓をお迎えして、設立50周年記念式典を挙行いたしました。記念式典、祝賀会とともに、設立50周年記念事業のひとつとして企画されたのが、『日本リハビリテーション医学会50周年記念誌』の発行です。

本記念誌の編集に際しては、記念式典後の刊行としてご来賓の祝辞等を入れること、そして同時に刊行を目指した『リハビリテーション医学白書 2013年版』との役割分担として、こちらは「回顧」の要素とともに、新たな時代に向けて関係各位からの本学会への期待についてもまとめること、という基本方針を立てました。

各団体の代表者、海外招待者からのお祝いの言葉をいただくとともに、本学会の名誉会員、現会員を含め「今後の日本リハ医学会に望むこと」として、ご意見を広くいただいております。さらに上田 敏先生をはじめとする諸先輩方のご寄稿によって「沿革編」をまとめるとともに、わが国のリハビリテーション黎明期における活動について、高取吉雄先生による記念寄稿をいただいております。

また、50年の本学会の歴史をたどれるように年表などを整理いたしました。ちょうど半世紀という節目であり、過去を振り返るとともに、世界に例をみない超高齢社会への進展という新たな時代に、日本リハビリテーション医学会が果たすべき役割が少しでも示される糸口になればと考え、刊行いたしました。

最後に、お忙しいなかご執筆に当たられました諸先生方、出版業務に携わられた医歯薬出版編集部の関係各位に、心より御礼を申し上げます。

赤居正美（日本リハビリテーション医学会50周年記念誌委員会 担当理事・委員長）

日本リハビリテーション医学会 50 周年記念誌

2013 年 9 月 20 日 発行

監 修 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
編 集 日本リハビリテーション医学会 50 周年記念誌委員会
発 行 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
理事長 水間正澄
〒 162-0825 東京都新宿区神楽坂 6-32-3
電話 03-5206-6011
制 作 医歯薬出版株式会社
印 刷 教文堂
製 本 愛千製本所

© The Japanese Association of Rehabilitation Medicine
(転載・複製の際はあらかじめ許諾をお求めください)

