

日本リハビリテーション医学会 COI開示

発表者: 先崎章

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

提示する症例は今回の発表にあたって本人の同意を得ています。さらに個人が特定されないよう、記述上の配慮をしています。

10年後、20年後の日本のリハビリテーション医療について教えてください
に対するChatGPT回答 (2026-08-14) <https://chatgpt.com/c/6a7eb6a1-a904-83ee-aefd-5c96d6822225>

現在（2026年）の出発点

日本は世界有数の高齢社会で、
脳卒中、骨折、心不全、呼吸器疾患、
認知症など、英はリハビリテーションを
必要とする患者が非常に多い

- 一方で、
- 専門職（PT・OT・ST）の地域偏在
 - 回復期病床への集中
 - 在宅リハの不足
 - 高齢者の多疾患併存
 - 医療と介護の分断 が課題

10年後（2036年）

- 病院中心から「地域・在宅中心」へ移行が加速

20年後（2046年）

AI・ロボット・遠隔医療を前提とした「生活支援型リハビリ」へ再編になる可能性が高い

リハビリテーション医療の様相

後半は専門職スタッフのメンタルヘルス、患者家族支援の話題

日本リハビリテーション医学会 中部・東海地方会 生涯教育研修会

名古屋市立大学病院 中央診療棟3階 大ホール

2026年9月5日(土) 於 名古屋市

埼玉県総合リハビリテーションセンター神経科
先崎 章（せんざきあきら）

本講演の目次

- 学会の裏テーマがAIとなったこの時代
- リハビリテーション科の他科にない特徴（弱みを強みに）
 - 1) 「能力低下」や「社会的不利」（「生活」や「参加」）をも扱う
 - 2) 多職種の医療チームで治療や環境調節を行う
 - 3) ニーズ、利用できる社会的資源の状況により治療ゴールが異なる
 - 4) （再・新規）学習を主体的に行わせることが必要
- チーム医療を牽引し後進にキャリアを引き継ぐために
- 5) 当事者や家族の意見に耳を傾けるとは（個人的な経験から）

【20年後(2046年)】の日本のリハビリテーション医療について教えてください に対するChatGPT回答 (2026-08-14) <https://chatgpt.com/c/6a7eb6a1-a904-83ee-aefd-5c96d6822225>

1. 「病気のリハ」から「生活機能の維持」へ

診断名よりも、

- ・ 歩けるか
- ・ 食べられるか
- ・ 会話できるか
- ・ 一人で暮らせるか

という機能評価が中心に

ICF（国際生活機能分類）的な評価が実質的標準に

2. ロボットリハが日常生活普及が予想される機器

- ・ 歩行アシストロボット
- ・ 上肢訓練ロボット
- ・ 自動バランス訓練装置
- ・ 排泄・移乗支援ロボット

高価な大型機器より、家庭で使える小型機器が主流に

3. 遠隔リハが標準診療に

高齢者施設や離島では、

- ・ カメラ
- ・ 深度センサー
- ・ 音声AI

を用いた遠隔評価が保険診療として定着する

4. 専門職の役割再定義

2046年のPT・OT・ST像

生活機能マネジャー

AIが作成したプログラムを監督

住環境・栄養・就労・社会参加まで統合支援
多職種チームを調整。

人数は増えても、単純な徒手訓練業務は減る

6

1 私立病院における慢性精神分裂病患者の 院外作業および通院患者リハビリ訓練の検討*

尾崎の「回復スケール」による検討

先崎 章** 鈴木洋子*** 阿部哲夫 中西亜紀
宮本尚哉 大久保善朗** 浅井邦彦***

【抄録】 慢性期の精神分裂病患者 60 例に対して、1 私立病院で医療者が治療の一貫としてかかわる院外職業リハビリテーション(以下、リハビリと略す)を行ったところ、約半数の症例でリハビリが成功して 10 例(17%)が一般就労に至った。成功例のうち、リハビリ開始時点で病院を生活の場としていた者(12 例)の半数では生活の場が病院内より地域へと移行した。

筆者らは、成功例では社会的相互作用に関する事柄が改善していたことを尾崎の「回復スケール」を用いることによって示した。リハビリが成功した例と失敗した例とは、「回復スケール」の評価では、リハビリ開始時点ですでに「社会参加の広がり」をみる項目群のポイント数で差があったこと、さらに、再試行にて成功した例では初回試行で成功した例に比べて、リハビリ開始時点の「関係を営む際の柔軟性」をみる項目群のポイント数が高いレベルにあったことを示した。

Key words Community-based, Vocational rehabilitation, Schizophrenia, Ozaki Recovery Scale

精神医学
36 : 149-157
1994

8

表 3 生活の場の変化(リハビリ開始時と現在の比較)

開始時	→現在(1993 年)	例数
成功群		
病院	→自宅(同居)	3
病院	→共同住居	1
病院	→アパート(単身)	2
共同住居	→アパート(単身)	1
中断群		
自宅(同居)	→自宅(同居)	15
共同住居	→共同住居	3
病院	→病院	6
病院	→自宅(同居)	2
自宅(同居)	→自宅(同居)	10
共同住居	→共同住居	2
病院	→病院	11
自宅(同居)	→病院	1
共同住居	→病院	1
自宅(同居)	→死亡(内科疾患)	1
共同住居	→死亡(自殺)	1

【10年後(2036年)】の日本のリハビリテーション医療について教えてください に対するChatGPT回答 (2026-08-14) <https://chatgpt.com/c/6a7eb6a1-a904-83ee-aefd-5c96d6822225>

1. 回復期リハ病棟は「短期集中型」へ

現在より在院日数はさらに短縮され、

- ・ 発症直後：急性期病院
 - ・ 2～8週：集中的回復期リハ
 - ・ その後：自宅・施設で継続
- という流れが標準に

2. 在宅リハビリが急増

訪問リハ、通所リハ、オンライン指導が拡大
典型的な姿

- ・ センサー付き歩行者
 - ・ スマホで運動課題
 - ・ 毎日の歩数・筋力データをクラウド送信
 - ・ 週1回だけ療法士が訪問
- という「見守り型リハ」が一般化

3. AIによる個別プログラム

ウェアラブル機器から、

- ・ 歩行速度 ・ ふらつき ・ 関節角度
 - ・ 心拍 ・ 睡眠 を解析し、
- AIが運動量を自動調整

療法士は「運動を教える人」から、
目標設定と行動変容を支援する専門職へ

4. フレイル・サルコペニア対策が主戦場に

脳卒中後リハだけでなく、

- ・ 転倒予防
- ・ 筋力低下予防
- ・ 栄養管理
- ・ 社会参加維持

が医療保険・介護保険双方の中心テーマに

5

救急病院における自殺研究*

服薬自殺未遂患者の検討

先崎 章¹⁾ 諏訪 浩²⁾ 渋谷陽子³⁾ 浦嶋シン子
鈴木孝男 松島英介¹⁾ 守屋裕文³⁾

【抄録】 3 年間に都立広尾病院救急外来を受診した自殺および自殺企図患者 255 例中、薬物手段群は 108 例(42.4%)であった。薬物手段群では、①40 歳未満の女性で、②神経症・人格異常型であり、③過去に自殺未遂歴があることが多いという特徴があった。服薬薬を内容別にみると、医師から処方された睡眠導入剤を中心とする向精神薬を用いたものが 55.6%を占めた。市販薬では、ブロムワレリル尿素剤の使用が目立った。精神分裂病の場合、幻聴や妄想などの病的体験に基づいて自殺企図したもの(病的体験群)と、社会復帰の過程で病状や将来を苦にして自殺を企図したもの(悲観群)に分けられたが、悲観群が過半数を占めた。躁うつ病の場合、訴えの少なさをゆえに、精神科に依頼がされないまま退院となった例が 4 例あった。神経症・人格異常型の患者の多くで情緒不安定、衝動的、他罰的な傾向を認め、治療者が患者に振り回され治療に苦心することが多く、医療者側の話し合いの場が必要とされた。

Key words Suicide, Critical care, Drug overdosage, Bromvaleryl-urea

精神医学
35 : 737-743
1993

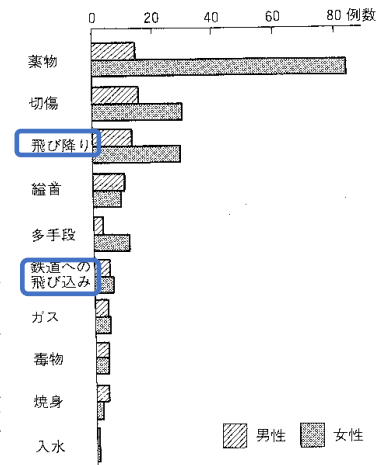


図 1 自殺の手段(n=255)

7

本講演の目次

- 学会の裏テーマがAIとなったこの時代
- リハビリテーション科の他科にない特徴（弱みを強みに）
 - 1) 「能力低下」や「社会的不利」（「生活」や「参加」）をも扱う
 - 2) 多職種の治療チームで治療や環境調節を行う
 - 3) ニーズ、利用できる社会的資源の状況により治療ゴールが異なる
 - 4) （再・新規）学習を主体的に行わせることが必要
- チーム医療を牽引し後進にキャリアを引き継ぐために
- 5) 当事者や家族の意見に耳を傾けるとは（個人的な経験から）

10

【症例1】体育(健康増進施設)利用にて生活に広がりをもせた一例

- 高校卒業時にはすでに思考障害、集中困難あり。昼夜逆転の生活で数年遅れて大学卒業するも、定職に就かず自宅に閉居。27歳時、自宅から転落による脳挫傷。

受傷2ヵ月時、

- (1) 「身体症状」 左不全片麻痺、複視（左動眼神経麻痺）、
- (2) 「精神症状」 情動鈍麻、思路障害、強迫確認、言動緩慢、
- (3) 「高次脳機能障害」 記銘力低下（三宅式有関係1-1-4）
見当識障害（MMSE 23/30）

易疲労性（レーブン正答9/12→3/12→2/12）

入院リハビリテーション治療 やや改善し（リバーミード6/24、

三宅式有関係8-10 無関係1-1-4）受傷5ヵ月時に自宅に退院。

自宅以外に活動の場なし。受傷6ヵ月目～18ヵ月目 週1回健康増進施設通所
現在受傷より20年経過、地域B型通所 risperidone 1～2 mg内服中。

（ICFとリハビリテーション —臨床医の立場から、臨床リハ21: 972-976, 2012）

12

統合失調症者の特徴

図4-10 自我障害と幻聴を理解する模式図

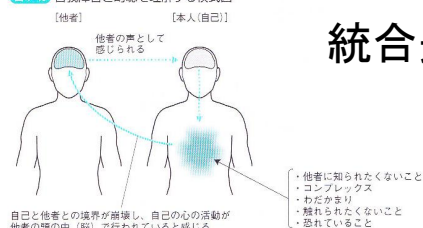


図1 ガラスの家

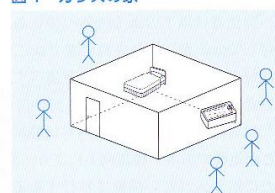
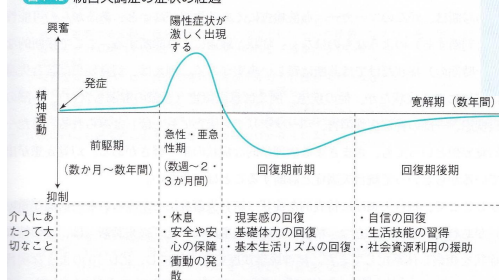


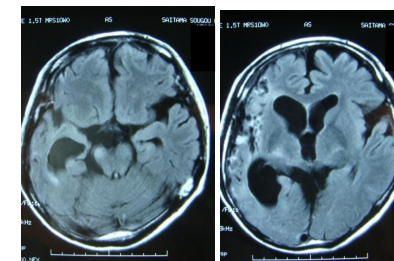
図4-12 統合失調症の症状の経過



9

症例提示で発表するのは通常うまくいった例のみ
また自然経過なのか、リハビリテーション治療の効果なのか
判別を求められると苦しい(単なる症例報告では雑誌不掲載)

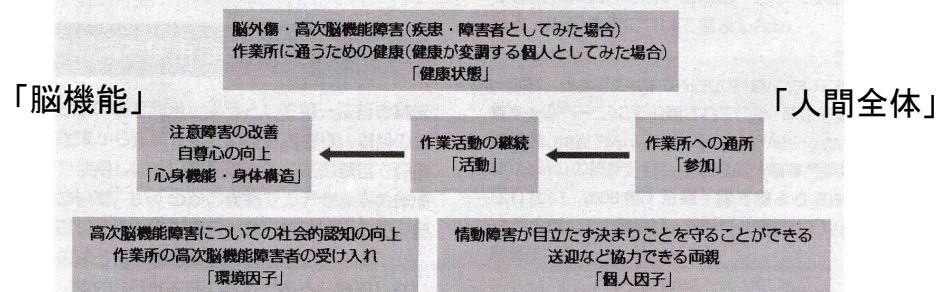
【症例1】体育(健康増進施設)を利用した介入 身体リハビリテーション医療からみた脳外傷の統合失調症者



11

「能力低下」や「社会的不利」(「生活」や「参加」)をも扱う ICFにて社会参加の様相をとらえる

■ 図2 ICFの図による右側(参加)から左側(活動, 心身機能)への波及



※脳外傷後に高次脳機能障害をもち、自宅に閉居している例をもとに。

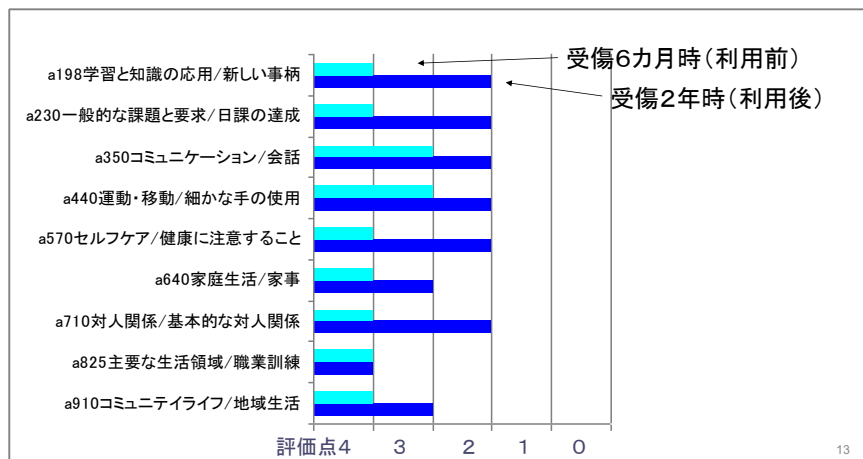
先崎章：ICFとリハビリテーション ―臨床医の立場から、臨床リハ21: 972-976, 2012 14

本講演の目次

- 学会の裏テーマがAIとなったこの時代
- リハビリテーション科の他科にない特徴（弱みを強みに）
 - 1) 「能力低下」や「社会的不利」（「生活」や「参加」）をも扱う
 - 2) 多職種の医療チームで治療や環境調節を行う
 - 3) ニーズ、利用できる社会的資源の状況により治療ゴールが異なる
 - 4) 再学習を主体的に行わせることが必要
- チーム医療を牽引し後進にキャリアを引き継ぐために
- 5) 当事者や家族の意見に耳を傾けるとは（個人的な経験）

16

ICF活動と参加(脳外傷コアセット項目)、体育前後での変化



13

精神医学とリハビリテーション医学の共通点

- A「身体機能/心身機能」 B「活動」 「参加」 C「人間全体」
- 一般医学は A「身体機能」の不調や異常を同定し、対処法（治療）を改良することに特化し進歩
- リハビリテーション医療
 - B「活動」 「参加」 の視点からA「身体機能」を扱う
 - C「人間全体」を射程とする。
- 精神医学
 - A「心身機能」の病態がまだわかっていないことが多く、A～Cを並行して行わないと診断や治療が正確にできない。

15

情報の非共有が医療チームの分裂・機能低下につながる

図4 「しているADL」と「できるADL」とが違っている時に起こること



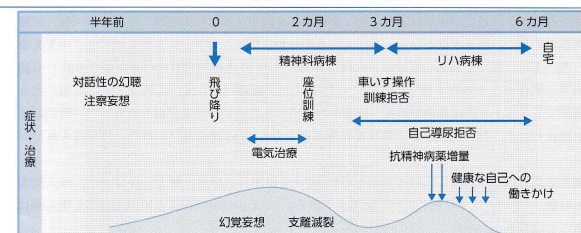
拙著、精神医学・心理学的対応リハビリテーション、医歯薬出版、2011

【症例2】Th3完全両側麻痺者に対する亜急性期、回復期のリハビリテーション治療経過

20歳代時より「周りの人間がへんな感じがする」という妄想気分をうかがわせる症状が出現し、自宅に引きこもるようになった。その半年後、「死ね!」という対話性の幻聴や「いつも見られている」という注察妄想に耐えかねて、自宅4階より飛び降り、Th3-4脱臼骨折を負った。Th3完全両下肢麻痺となった。乳頭以下の知覚脱出を伴っている。

1週間後にTh1~6後方固定術を施行された。幻覚妄想に支配され支離滅裂で安静が保てない状態であったため、精神科病棟に転棟した。無けいれん性電気療法を10回施行した結果、ようやく精神状態が落ち着いてきた。受傷2カ月目から車いす上での座位訓練を開始した。同時に自己導尿指導を始めたが、実施は不完全であった。

本人は歩行を獲得することに固執し、車いすを操作する訓練は拒否した。車いす操作・移乗訓練、自己導尿訓練を勧められ、受傷3カ月時にリハ病棟に転入院した。



多職種がただ集まっても チームアプローチにはならない

図6 医療チームの違い



拙著、精神医学・心理学的対応リハビリテーション、医歯薬出版、2011

本講演の目次

- 学会の裏テーマがAIとなったこの時代
- リハビリテーション科の他科にない特徴（弱みを強みに）
 - 1) 「能力低下」や「社会的不利」（「生活」や「参加」）をも扱う
 - 2) 多職種の医療チームで治療や環境調節を行う
 - 3) ニーズ、利用できる社会的資源の状況により治療ゴールが異なる
 - 4) （再・新規）学習を主体的に行わせることが必要
- チーム医療を牽引し後進にキャリアを引き継ぐために
- 5) 当事者や家族の意見に耳を傾けるとは（個人的な経験）

脊髄損傷を負った精神障害者のリハビリテーションの様相 (精神症状悪化群vs安定群)

表6 検討した対象の臨床背景とリハ上の問題点

	受傷時 年齢	脊髄損傷部位 と損傷程度	転落階	受傷後転入院ま での日数(日)	転入院時 FIM		訓練入院 日数(日)	退院時 FIM		入院 1 日あたり FIM 運動上昇得点	リハの問題点、困難であったこと (とくに困った問題、各症例 1 つ)
					運動	認知		運動	認知		
● 統合失調症 ● 精神症状悪化群	症例 2										
	統合失調症・精神症状悪化群										
	20 歳代	Th3 完全	4F	145	32	25	98	51	28	0.19	不安焦燥悪化、導尿手が身につかず(症例 2)
	20 歳代	L1 完全	5F	130	76	33	105	80	33	0.04	訓練・対人関係のストレスで幻聴悪化
	30 歳代	C6 完全	4F	302	20	31	90	26	31	0.07	訓練のストレスで幻覚妄想悪化
	20 歳代	Th5 不全	11F	250	62	33	74	63	33	0.01	訓練のストレスで不安・焦燥悪化
	統合失調症・精神症状安定群										
	20 歳代	L1 完全	3F	155	29	26	84	51	31	0.26	慢性的な幻聴により訓練進行遅延
	20 歳代	L1 完全	5F	168	25	22	89	49	25	0.27	障害の受け入れができず
	40 歳代	L2 馬尾	5F	208	35	30	101	66	33	0.31	両股・膝関節の拘縮
● 統合失調症 ● 精神症状安定群	30 歳代	L4 馬尾	5F	149	36	13	60	45	16	0.15	注意妄想あり孤立、両膝拘縮
	大うつ病群										
	50 歳代	Th10 完全	3F	129	44	33	94	77	35	0.35	在宅生活を前に抑うつ気分再燃
	20 歳代	L1 不全	14F	120	25	30	107	71	35	0.43	完全主義
	30 歳代	Th9 不全	4F	250	26	26	93	36	29	0.11	訓練にできないことに直面しうつ再燃

拙著、精神医学・心理学的対応リハビリテーション、医歯薬出版、2011

専門職(リハビリテーションスタッフ)が ストレスに負けないでやっていく秘訣

「個人」(若い人に対して)

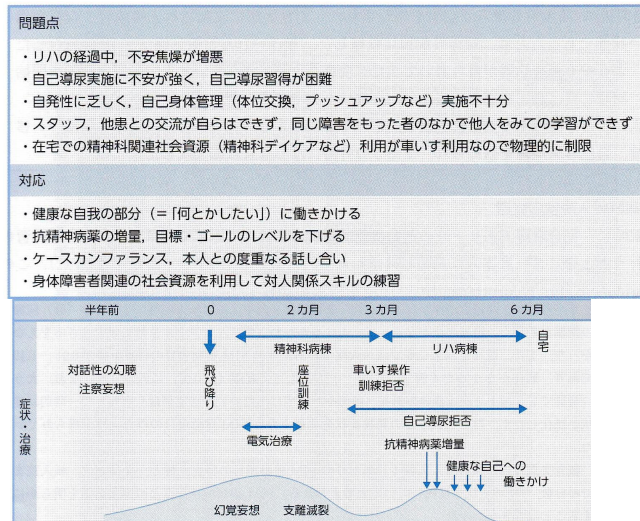
- ポイント1 知識とスキルとやる気、自己効力感
- ポイント2 時間管理マトリクスと選択

「チーム」(管理者に対して)

- ポイント3 首尾一貫感覚をどう育てるか
 - 「有意味感」「把握可能感」「処理可能感」
- ポイント4 自由度を高め、上司同僚からの支援

24

【症例2】Th3両側完全麻痺者に対する亜急性期、回復期のリハ経過



本講演の目次

- 学会の裏テーマがAIとなったこの時代
- リハビリテーション科の他科にない特徴(弱みを強みに)
 - 1) 「能力低下」や「社会的不利」(「生活」や「参加」)をも扱う
 - 2) 多職種の医療チームで治療や環境調節を行う
 - 3) ニーズ、利用できる社会的資源の状況により治療ゴールが異なる
 - 4) (再・新規)学習を主体的に行わせることが必要
- チーム医療を牽引し後進にキャリアを引き継ぐために
- 5) 当事者や家族の意見に耳を傾けるとは(個人的な経験)

23

自己効力感を高める4つの源泉

Bandura A: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 84:191-215, 1977を一部改変引用した後藤恵子:服薬アドヒアランス不良例. 薬局68, 3189-3196 より

- 達成体験（本人の成功体験）
- 代理体験（身近なロールモデル、モデリング）
- 言語的説得
（できていることに焦点を当てた、
専門家や同じ病気の人からの称讃・励まし）
- 生理的情緒的状态
（安定した状態からの行動のスタート、
ものの見方を変えるリフレーミングなど）

26

専門職(リハビリテーションスタッフ)が ストレスに負けないでやっていく秘訣

「個人」（若い人に対して）

- ポイント1 知識とスキルとやる気、自己効力感
- ポイント2 時間管理マトリクスと選択

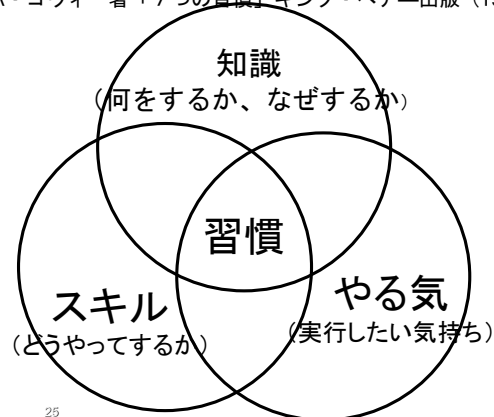
「チーム」（管理者に対して）

- ポイント3 首尾一貫感覚をどう育てるか
 - 「有意味感」「把握可能感」「処理可能感」
- ポイント4 自由度を高め、上司同僚からの支援

28

ポイント1 習慣を育成するには知識とスキルと やる気が必要である

スティーブン・R・コヴィー著「7つの習慣」キング・ベアー出版（1996）p53



25

ポイント2 時間管理マトリクスと選択

スティーブン・R・コヴィー著「7つの習慣」キング・ベアー出版（1996）p215-219改変

第一領域（緊急⊕・重要⊕）

締め切りのある仕事
クレーム処理
せっぱつまった問題

⇒「燃え尽き」

第二領域（緊急⊖・重要⊕）

人間関係づくり 健康維持
準備や計画 リーダーシップ
勉強や自己啓発 エンパワーメント

⇒「ビジョンを持てる・人間関係改善」

第三領域（緊急⊕・重要⊖）

突然の来訪 多くの電話
多くの会議や報告書
雑事

⇒「目標や計画が意味なく感じる」

⇒「人間関係の決裂」

第四領域（緊急⊖・重要⊖）

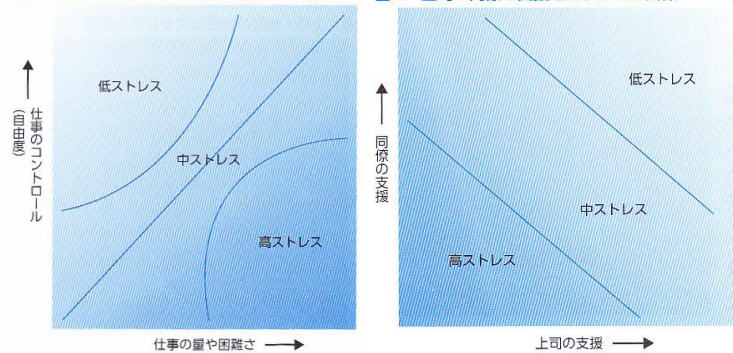
暇つぶし だらだら電話
待ち時間
その他の意味のない活動

⇒「他人や組織に依存しきった状態に」

27

ポイント4 専門職の仕事の自由度を高め、上司や同僚から支援を受けれることができる構造をつくるのが大切

図3 仕事の自由度とストレスの関係⁹⁾ (一部改変) 図4 上司・同僚の支援とストレスの関係⁹⁾ (一部改変)



・川上憲人による「仕事のストレスの考え方」 Web公開資料 (2001)
拙著、精神医学・心理学的対応リハビリテーション、医歯薬出版、2011

30

職業性ストレス簡易調査票② (仕事の自由度、難易度)

- ・ 1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない
- ・ 2. 時間内に仕事が処理しきれない
- ・ 3. 一生懸命働かなければならない
- ・ 4. かなり注意を集中する必要がある
- ・ 5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ
- ・ 6. 勤務時間中はいつもの仕事のことを考えていなければならない
- ・ 7. からだを大変よく使う仕事だ
- ・ 8. 自分のペースで仕事ができる
- ・ 9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる

ポイント3 首尾一貫感覚 (Sense of coherence) (Antonovsky, 1985) をどう育てるか

- ・ 「有意味感」 (自分にとって有意義で、関わるのに値するという感覚) ⇒ (社会的評価、自尊心が保てる職務)
- ・ 「把握可能感」 (自分が受ける状況や刺激は予測と説明がつくだらうという感覚) ⇒ (組織力、講習会・教育、印刷物)
- ・ 「処理可能感」 (自分は解決に向かって、なんとかやっていけるという感覚) ⇒ (職務量&自己コントロール度、上司・同僚の支援、専門職のバックアップ)

極限のストレス状況に打ち克つ要因として提唱
職場環境、人間関係によっても形つくられ変化

苦労が報われる、適切な評価を受けている
という感覚を持てる職場であることが大切。
ロールモデルがみつかるとなおよい。

29

職業性ストレス簡易調査票① 最近1か月間の状態(症状)

- ・ 1. 活気がわいてくる
- ・ 2. 元気がいっぱいだ
- ・ 3. 生き生きする
- ・ 4. 怒りを感じる
- ・ 5. 内心腹立たしい
- ・ 6. イライラしている
- ・ 7. ひどく疲れた
- ・ 8. へとへとだ
- ・ 9. だるい
- ・ 10. 気がはりつめている
- ・ 11. 不安だ
- ・ 12. 落ち着かない

31

本講演の目次

- 学会の裏テーマがAIとなったこの時代
- リハビリテーション科の他科にない特徴（弱みを強みに）
 - 1) 「能力低下」や「社会的不利」（「生活」や「参加」）をも扱う
 - 2) 多職種の医療チームで治療や環境調節を行う
 - 3) ニーズ、利用できる社会的資源の状況により治療ゴールが異なる
 - 4) （再・新規）学習を主体的に行わせることが必要
- チーム医療を牽引し後進にキャリアを引き継ぐために
- 5) 当事者や家族の意見に耳を傾けるとは（個人的な経験から）

34

自分の、家族としての介護・マネジメント経験

- 【弟】 種痘予防接種後脳症 発達障害 56歳大腿骨頸部骨折、嚥下障害
（62歳没 グループホーム→精神科病院長期入院）
- 【母】 老年期精神障害 56歳慢性疼痛 60歳妄想性障害
（80歳没 精神科病院→療養病棟→グループホーム→特養）
- 【父】 Alzheimer型＋血管性認知症 65歳視床梗塞 70歳うつ 発動性低下
（76歳没 精神科病院→老健→自宅→子宅）

36

職業性ストレス簡易調査票③ （同僚・上司の支援）

- 10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる
- 11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない
- 12. 自分の部署内で意見のくい違いがある
- 13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない
- 14. 私の職場の雰囲気は友好的である
- 15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、湿度、換気など）はよくない
- 16. 仕事の内容は自分にあっている
- 17. 働きがいのある仕事だ

家族の負担 演者の場合 障害者の家族を対象とした講演の結語

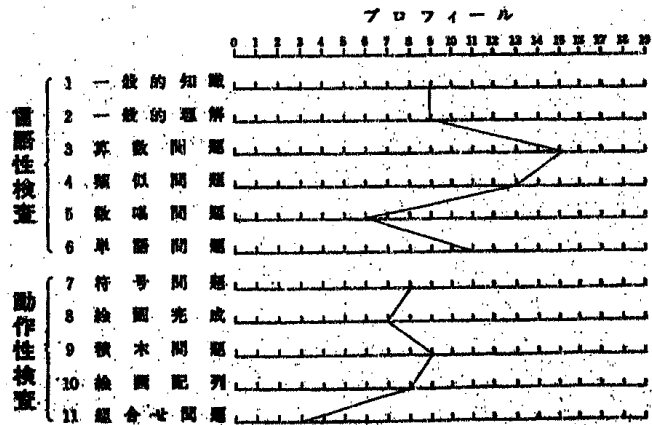
2022年7月 千葉県千葉リハビリテーションにて
（介護者のセルフケアプログラムの開発に関する実践的研究
科学研究費助成事業基盤 (C) No. 17K00767 平成29年度～令和5年度 報告書より）

- 親・同胞には精神的な負担がかかっている
- 精神的な負担について自覚はできない
- 親亡きあとの準備は当事者同胞のみでは無力
- 公的な場での相談を継続することが大切
- 後出しジャンケンのアドバイスは気にしない
- 相性の合うグループホームを見つける
- 試行錯誤しかない 他人と比べない
- 苦悩は人生の営みを深くする と肯定的に

【父73歳】老健を経て自宅退院直後 【母67歳】精神科病院入院



【弟】 WAIS-R 24歳時



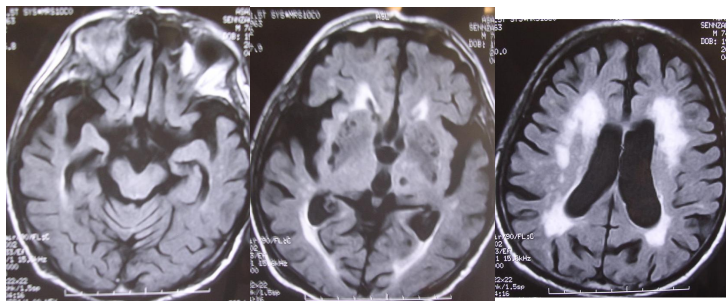
3症例の経過一覧

経過	弟	母	父
1963年 (S38)	誕生		
1965年 (S40)	2歳 種痘後脳炎(重篤) 意欲減退 発達障害		2年ごと転動
		特に問題なく経過	高血圧 糖尿病
1983年 (S58)	19歳 不安焦燥精神科入院 以後6回入退院		
1991年 (H03)	28歳 自宅より作業所通所		
1993年 (H05)	予防接種継続認定見込	56歳 原因不明の両下肢痛出現	
1995年 (H07)	予防接種継続正式認定	両下肢痛徐々に悪化	退職
1998年 (H10)	35歳 グループホーム (GH) 日常生活遂行力低下	60歳 幻覚妄想昏迷 精神科入院 要介護自宅 失立で再入院	65歳 左視床梗塞 自宅 (小平) 単身
2003年 (H15)		入退院繰り返し	70歳 うつにて入院
2006年 (H18)	43歳 亜昏迷 困惑		老健を経て自宅へ 写真
2007年 (H19)	44歳 精神科長期入院へ		うつ再入院
2011年 (H23)		グループホーム (GH) 特養 GH 内科入院 特養	73歳 三男宅 (西荻) へ 76歳 死亡
2019年 (R01)	左大腿骨頸部骨折	80歳 死亡	

【弟44歳時】グループホームから精神科病院に入院当日



【父】73歳時うつ状態で再入院時のMRI

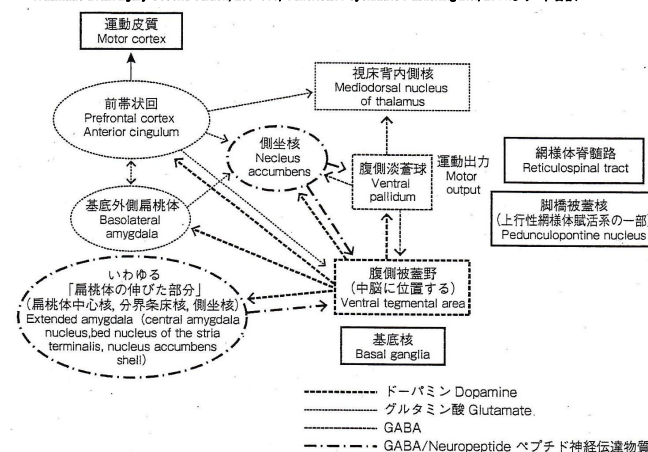


多発性脳梗塞 ビンスワンガー型虚血変化
大脳(海馬、頭頂葉)萎縮(アルツハイマー病)

42

※参考 やる気の回路(神経学的基盤)

Marin RS, Wilkoez PA: Disorders of Diminished Motivation, ed. by Silver JM, McAllister TW, Yudofsky SQ, Textbook of Traumatic Brain Injury Second edition, 295-305, American Psychiatric Publishing Inc., 2011.より 筆者訳



【弟】種痘予防接種後脳症 発達障害

- 常同的な作業は得意だが新しい課題は時間がかかる。言われたことは行かうが、自ら判断して何か行かうことなし。
- 高卒後、推薦で大学入学するも授業についていけず、すぐに中退。
「適応障害」で6回入退院。在宅生活。
- 28歳 地域事業所(小平あさやけ第二作業所)
- 35歳 社会福祉法人運営グループホームに入所(母入院)。
大きな問題なく生活。
- 38歳 徐々に日常生活を一人で行うことができなくなり、
週3回ヘルパー(家事援助)
- 41歳 グループホームにて掃除洗濯や入浴が一人ではできなくなり、
日常生活援助も必要。
- 45歳 精神科病院入院(2007年 写真提示)
- 56歳 大腿骨頸部骨折 以後リクライニング車椅子
- 60歳 嚥下障害が進行
- 62歳 死亡「老衰」

41

【父】の経過と診断・治療

- 元会社員 リスクとして 高血圧、糖尿病、喫煙、妻の介護
- 65歳 「左視床梗塞」(軽度高次脳機能障害 身体麻痺なし)
- 65歳 妻の介護負担増 うつ状態
- 70歳 精神運動抑制(うつ病) 精神科入院
m-ECTで改善するも逆行健忘数年 「認知症」
- 71歳 老健を経て単身在宅(要介護1 ヘルパー)
「認知症 双極性障害」
- 73歳 アパシー 精神科入院(一時、せん妄)
- 74歳 息子(三男)宅 (うつ状態 アパシー)
(「アルツハイマー病 脳血管性認知症」 要介護2 デイケア)
- 76歳 没

43

【父】 あったらよかったと思う相談・支援

リスク 高血圧、糖尿病についての啓蒙、妻の介護負担緩和

- 65歳 視床梗塞の高次脳機能障害へ周囲の理解
- 65歳 介護負担の緩和 うつの予防
- 70歳 精神運動抑制（うつ病） 早期のうつ病治療
転院先の推奨（家族が療養型病床を探した）
- 71歳 老健を経ての単身在宅（要介護1では軽い？）
在宅にあたっての試し（すべて家族が行う）
- 73歳 アパシーに対する地域での介入
- 74歳 息子宅地域でのデイサービス・相談の充実
（自らの発動性なく事実上全介助だが要介護2）
- 76歳 在宅看取りの仕組み・訪問診療所

リハビリテーション医学会の後進へ

Jpn J Rehabil Med 2023年1月号

①開かれた学会（フラット）

心身機能・身体機能のみでは
満足できないDrを取り込む

②学術力を高める（アカデミック）

チームで英文論文を量産する

③社会の公益のために（パブリック）

行政を牽引する公器を育てる

巻頭言

フラット・アカデミック・
パブリック

DOI: 10.2490/jjrmc.002

Jpn J Rehabil Med 2023: 60: 2

先崎 章

日本リハビリテーション医学会会員



【はじめに】新春冒頭から私的な事柄で恐縮だが、8年間務めた本誌の編集委員の任を後進に譲ることになった。自分にとって最後のWeb編集委員会会議の直後に、本誌を書いている。編集会議では冒頭に担当理事から、本医学会の新しい執行部が決まり、①開かれた学会（フラット）、②学術力を高める（アカデミック）、③広く社会の公益のために（パブリック）、この方針が出されたとの報告があった（カタカナは小生のイメージである）。まさに時宜を得たアナウンスである。

【フラット】小生が30年近く前、所属していた稲

つくって、その検証を英文論文にして発表していたのだ。

他のメジャーな医学会と互角にやりあえる医学会であってほしい。脳神経外科や循環器科が病院の花形である。命がないと始まらない。しかし人間が人間であるためには、活動と参加が欠かせない。この数年の本医学会の改革は賛否両論あろうが、後進が活動できる形をつくったと小生は認識している。若い人を取り込み、学会の力、講壇の力を結集して英文論文を輩出することがなによりも必要である。

48

【父】73歳入院後せん妄 74歳時三男宅に退院

重度アパシーで終日無動無言のため再入院

入院後の一時的なせん妄は自然経過で改善

（せん妄の時だけは過活動であった「作業せん妄」）

入院10ヵ月で三男宅に退院 要介護2

自分から何か行うことなし

（アパシー 誘導しないと終日臥床

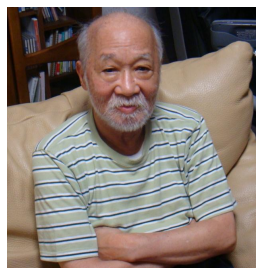
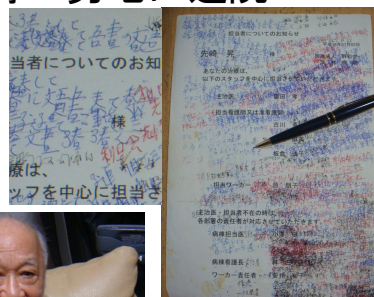
犬を飼ったが変化なし）

毎日送迎車でデイサービス

Donepezilは便秘になり中止

1年後、意識低下で入院

呼吸不全、腎不全で没



45

本講演の目次

- 学会の裏テーマがAIとなったこの時代
- リハビリテーション科の他科にない特徴（弱みを強みに）
 - 1) 「能力低下」や「社会的不利」（「生活」や「参加」）をも扱う
 - 2) 多職種の医療チームで治療や環境調節を行う
 - 3) ニーズ、利用できる社会的資源の状況により治療ゴールが異なる
 - 4) （再・新規）学習を主体的に行わせることが必要
- チーム医療を牽引し後進にキャリアを引き継ぐために
- 5) 当事者や家族の意見に耳を傾けるとは（個人的な経験から）

47