

近畿大学病院リハビリテーション科専門研修プログラム

番号	項目	ページ
1	プログラムの概要	2
2	スケジュール	2-9
3	到達目標	9-10
4	カンファレンスの意義	10-11
5	学問的姿勢	11
6	基本的診断能力（コアコンピテンシー）	12
7	施設群の研修プログラムおよび地域医療	13
8	施設群の研修計画	13-17
9	研修の評価	17-18
10	研修プログラム管理委員会	18
11	就業環境	18
12	プログラムの改善	19
13	修了判定	19
14	修了に向けて行うこと	19
15	施設群	19-21
16	受入数	21
17	Subspecialty 領域	22
18	研修カリキュラム制による研修について	22
19	休止・中断，大学院研修	22-23
20	指導医	23
21	実績記録システム，マニュアル	23-24
22	サイトビジット（訪問調査）	24
23	採用と修了	24-25

1. プログラムの概要

本プログラムは、2018年度から始まった新専門医制度のもとで、リハビリテーション科専門医になるために編纂した研修プログラムである。日本専門医機構の指導の下に日本リハビリテーション医学会が中心となり、リハビリテーション科専門研修カリキュラムが策定されているが、本プログラムは南大阪の医療機関に加え、浜松市リハビリテーション病院など特徴的な機能を有する遠隔地の病院と連携することで、専攻医の希望に応えられるプログラムを用意している。

近畿大学病院リハビリテーション科専門医研修プログラムの目的とポリシーは以下の4点である。

- 1) 専攻医が医師として基本的な診療能力（コンピテンシー）を獲得する。
- 2) 医学の全ての領域に精通し、総合医に要求される診断能力に加え、リハビリテーションを基軸とする治療体系を提供できる。
- 3) 問題解決能力を有するチームリーダーになれる。
- 4) iPS細胞などを利用した再生医療やロボット技術などのテクノロジーを基盤とした新たなイノベーションを創生できる。

2. リハビリテーション科専門研修はどのようにおこなわれるのか

1) 研修段階

リハビリテーション科専門医は初期研修2年間と後期専攻医研修3年間の合計5年の研修で構成されている。

- * 初期研修2年間の自由選択においてリハビリテーション科を選択してもこの期間の研修は後期3年間の研修に含めることはできない。また初期研修でリハビリテーション科を選択するか否かは、後期リハビリテーション科専門医研修における必修ではない。初期研修を終了し、保険医を所持していることが後期専門医研修を受ける条件である。なお、他科の診療経験が長い医師も専攻医となって専門研修プログラムに入ることができる。
- * 専門研修の3年間の1年目、2年目、3年目は、それぞれ医師に求められる基本的診療能力・態度（コアコンピテンシー）と日本リハビリテーション医学会が定める「リハビリテーション科専門研修カリキュラム（別添資料 参照：以下、研修カリキュラムと略す）」にもとづいてリハビリテーション科専門医に求められる知識・技術の修得目標を設定してある。その年度の終わりに達成度を評価して、基本から応用へ、さらに専門医として独立して実践できるまで着実に実力をつけていくようにしている。研修施設により専門性があるため、症例等にはばらつきがありうるが、3年間で研修目標を習得できるよう、指導が行われる。
- * 専門研修期間中に大学院へ進むことも可能である。大学病院において診療登録を行い、臨床に従事しながら研究を進めるのであれば、その期間は専門研修として扱われる。ただし基礎的研究のために診療業務に携わらない期間は、研修期間とはみなされない。
- * プログラムの修了判定には下記の経験症例数が必要である。

経験すべき症例数

分野	症例数
(1) 脳血管障害・外傷性脳損傷など	15
うち脳血管障害13例，外傷性脳損傷2例	
(2) 外傷性脊髄損傷	3
但し，脊髄梗塞，脊髄出血，脊髄腫瘍，転移性脊椎腫瘍，外傷性脊髄損傷と同様の症状を示す疾患を含めても良い	
(3) 運動器疾患・骨折	22
関節リウマチ2例以上，肩関節周囲炎，腱板断裂などの肩関節疾患2例以上，変形性関節症(下肢)2例以上，骨折2例以上，骨粗鬆症1例以上，腰痛・脊椎疾患2例以上を含む	
(4) 小児疾患	5
脳性麻痺 2例以上を含む	
(5) 神経筋疾患	10
パーキンソン病 2例以上を含む	
(6) 切断	3
(7) 内部障害	10
呼吸器疾患2例以上，心・大血管疾患2例以上，末梢血管障害1例以上，その他の内部障害2例以上を含む	
(8) その他（廃用症候群，がん，疼痛性疾患など）	7
廃用2例以上，がん1例以上を含む	
以上75例を含む100例以上を経験する必要がある。	

2) 年次毎の専門研修計画

専攻医の研修は毎年の達成目標と達成度を評価しながら進める。以下に年次毎の研修内容・習得目標の目安を示す。

* 専門研修1年目(SR1)は，基本的診療能力およびリハビリテーション科基本的知識と技能の習得を目標とする。基本的診療能力（コアコンピテンシー）では指導医の助言・指導のもと，別記の事項が実践できることとする。また，基本的知識と技能は，研修カリキュラムでAに分類されている評価・検査・治療の概略を理解し，一部を実践できることが目標となる。初年度の研修先病院は，特別に配慮する事情がない限りは，最低6ヶ月基幹研修施設である近畿大学病院とする。急性期疾患を中心に，ほぼ全ての領域の疾患を体験することができ，リハビリテーション分野の幅広く知識・技術が習得可能である。2名の指導医が専攻医の知識・技能の習得を指導する。専攻医は，院内での研修だけでなく，院外活動として，

学会・研究会への参加などを通して自らも専門知識・技能の習得を図る。表1に基本的診療能力（コアコンピテンシー）、表2に年度ごとの基本的知識と技能の到達目標を示した。詳細は研修カリキュラムを参照。

表1. 基本的診療能力（コアコンピテンシー）

患者や医療関係者とのコミュニケーション能力を備える
医師としての責務を自律的に果たし信頼されること（プロフェッショナルリズム）
診療記録の適確な記載ができること
患者中心の医療を実践し、医の倫理・医療安全に配慮すること
臨床の現場から学ぶ技能と態度を修得すること
チーム医療の一員として行動すること
学生・後輩医師・リハビリテーションスタッフに教育・指導を行うこと

表 2. 基本的知識と技能の到達目標

年度	基本的知識と技能の到達目標
1 年目	知識：運動学，障害学，ADL/IADL，ICF（国際生活機能分類）など，技能：全身管理，リハビリ処方，装具処方，など，上記の評価・検査・治療の概略を理解し，一部を実践できる
2 年目	知識：障害受容，社会制度など，技能：高次脳機能検査，装具処方，ブロック療法，急変対応など，指導医の監視のもと，研修カリキュラムで A に分類されている評価・検査・治療の大部分を実践でき，B に分類されているものの一部について適切に判断し専門診療科と連携できる
3 年目	知識 社会制度，地域連携など，技能：住宅改修提案，ブロック療法，チームアプローチなど指導医の監視なしでも，研修カリキュラムで A に分類されている評価・検査・治療について中心的な役割を果たし，B に分類されているものを適切に判断し専門診療科と連携でき，C に分類されているものの概略を理解し経験している

* 専門研修2年目(SR2)は，基本的診療能力の向上に加えて，リハビリテーションスタッフへの指導にも参画する。リハビリテーション科基本的知識・技能を幅広い経験として増やすことが目標となる。特に1年目の近畿大学病院で経験できなかった技能や疾患群，および地域性について積極的に治療に参加し経験を積むことが目標となる。2年次以降の研修先病院は，希望に応じて浜松市リハビリテーション病院，さくら会病院，葛城病院，ペガサスリハビリテーション病院，運動器ケアしまだ病院，南大阪小児リハビリテーション病院（以上連携施設），宝塚リハビリテーション病院，地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪母子医療センター，榎本病院，馬場記念病院（以上関連施設）となり，臨床や研究に対する姿勢をさらに修得し，安全管理・倫理の講習・感染の講習も修得するようにする。経験すべき分野では特に，4) 小児疾患，8) その他(廃用症候群，がん，疼痛性疾患など)が，1年次でやや習得困難となっているので，関連施設への研修にも配慮して修得できるようにする。専攻医は学会・研究会への参加は，聴講するだけでなく発表することとする。また質疑応答のスキルも指導し，しっかり発言できるようにする。

* 専門研修3年目(SR3)では，カンファレンスなどでの意見の集約・治療方針の決定など，チーム医療においてリーダーシップを発揮し，患者さんから信頼される医療を実践できる姿勢・態度を習得する。またリハビリテーション分野の中で8領域の全ての疾患を経験できているかを確認して，実践的知識・技能の習得を目指す。指導医は日々の臨床を通して専攻医の知識・技能習得を指導する。専攻医は学会での発表研究会への参加，DVD などを通して自らも専門知識・技能の習得を図る。

3) 連携施設の週間計画, 年間計画 (表3)

基幹病院 近畿大学病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
7:30~8:30 病棟回診							
9:00~12:30 リハビリテーション外来							
9:00~13:30 物忘れ外来							
8:30~9:30 脳神経外科カンファレンス							
12:00~13:00 医局勉強会							
13:00~14:30 神経内科カンファレンス							
13:00~13:30 脳卒中リハのカンファレンス							
13:00~15:00 呼吸リハビリテーション (集団)							
13:30~14:30 NST回診・カンファレンス							
13:30~14:30 NICU回診							
15:30~16:30 呼吸ケアカンファレンス							
16:00~17:30 整形外科カンファレンス							
17:00~17:30 新入院患者カンファレンス							
17:00~18:00 嚥下カンファレンス							
月次予定							
医局抄読会 (月2回)							

連携施設 浜松市リハビリテーション病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:00~9:00 医局会・Case検討会							
8:15~9:00 整形疾患Caseカンファ							
9:00~12:30 外来*							
9:30~ 手術(リハ・嚥下・関節鏡)・Botox注・VF・VE							
11:40~12:00 入院時Caseカンファ							
12:30~13:00 医局勉強会							
13:30~14:00 装具診							
14:30~15:00 再評価Caseカンファ							
15:00~16:00 嚥下カンファ							
16:00~17:15 院長回診							
月次予定							

16:45～18:00 嚙下抄読会（第2・4火曜）							
16:00～17:00 自動車運転カンファ（月1回）							
17:15～18:00 拡大Caseカンファ（月1回;全スタッフ対象）							
19:00～20:00 聖隷リハ医局会（月1回;3病院合同）							
18:00～ 県西部地区 回復期リハ病床勉強会（月1回）							
18:00～19:30 浜松摂食嚙下懇話会（隔月:地域向け）							
18:30～20:00 浜リハセミナー（年4回:広域むた業務）							

◎2つのセンター機能あり；『えんげと声のセンター』、『スポーツ医学センター』

* 専門外来（摂食嚙下，高次脳機能，スポーツ整形，肩/肘疾患）等がある

連携施設 さくら会病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
9:00～12:00 外来							
11:45～12:15 入院時合同評価							
13:00～13:30 入院症例カンファ							
14:00～14:30 部長回診							
月次予定							
16:30～17:00 医局会（第2水曜）							

連携施設 葛城病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
9:00～11:30 外来							
9:00～11:30 回復期・一般病棟回診							
11:30～12:30 回復期リハ病棟カンファレンス							
12:30～17:00 医局会・報告会							
13:30～15:00 筋電図							
13:30～15:00 嚙下造影							
月次予定							
8:15～9:00 医局会（第4月曜）							

連携施設 運動器ケア しまだ病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
9:00～12:00 外来							
11:45～12:15 入院時合同評価							
7:30～8:30 入院症例カンファ							

14:00～17:00 病棟回診							
15:00～17:00 外来							
8:15～9:00 医局会							

連携施設 ペガサスリハビリテーション病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
9:00～12:00 病棟回診							
13:30～17:00 入院時カンファレンス							
13:30～17:00 病棟回診							
13:00～17:00 装具診							
月次予定							
嚙下回診(月1回曜日・時間不定期)							
他職種勉強会(月1回曜日・時間不定期)							

連携施設 南大阪小児リハビリテーション病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
9:00～12:00 外来							
9:00～12:00 手術参加							
9:00～12:00 重心病棟診察							
9:00～12:00 装具診							
13:00～17:00 肢体不自由児病棟回診							
13:00～17:00 小児科回診、勉強会							
13:00～17:00 装具(DSB)外来							
13:00～17:00 重心病棟回診、装具診							
月次予定							
カンファレンス、抄読会、地域連携会議、訪問診療など							

連携施設 宝塚リハビリテーション病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
9:00～12:00 外来							
13:00～13:30 入院症例検討会							
17:00～17:30 入院時合同評価							
13:00～13:30 入院症例カンファ							
15:00～ 嚙下造影、嚙下内視鏡							
月次予定							

9:00～12:00 病棟回診

プログラムに関連した全体行事の年間スケジュール (表4)

月	全体行事予定
4	SR1: 研修開始. 専攻医および指導医に提出用資料の配布 SR2, SR3, 研修修了予定者: 前年度の研修目標達成度評価報告用紙と経 験症例数報告用紙を提出 指導医・指導責任者: 前年度の指導実績報告用紙の提出 研修 PG 管理委員会開催
6	日本リハビリテーション医学会学術集会参加 (発表) 近畿大学病院リハビリテーション専門研修プログラム参加病院による勉強会 (症例検討・予演会 1/6M)
7	SR3 修了者: 専門医認定二次審査 (筆記試験, 面接試験)
9	SR1, SR2, SR3: 形成的評価と指導医によるフィードバック
10	次年度専攻医募集開始 日本リハビリテーション医学会関東地方会参加 (発表)
11	SR1, SR2: 次年度研修希望施設アンケートの提出 (研修 PG 管理委員会宛)
12	日本リハビリテーション医学会近畿地方会参加 (発表)
1	近畿大学病院リハビリテーション科専門研修プログラム参加病院による勉強会 (症例検討・予演会 1/6M)
3	研修 PG プログラム連携委員会開催 (研修施設の上級医・専門医・専門研修指導医・多職種の評価を総括) SR1, SR2, SR3: 研修目標達成度評価と経 験症例数を専攻医研修実績記録・フォーマットに記載 (年次報告) SR1, SR2, SR3: 研修 PG 評価報告用紙の作成 指導医・指導責任者: 指導実績報告用紙の作成 (書類は SR1, SR2 分は翌月に提出, SR3 分は当月中に提出) 研修 PG 管理委員会開催 (SR3 研修終了の判定)

3. 到達目標

1) 専門知識

知識として求められるものには, 表5がある.

表5. 専門知識

分類	項目	内容
----	----	----

(1)	概論	リハの定義・歴史
(2)	機能解剖・生理学, 運動学	リハの基本的知識
(3)	障害学	臓器の機能障害, 運動や日常生活活動の障害, ICF など
(4)	医事法制・社会制度	リハに関係する基本的な法律・制度

それぞれの領域の項目に, A.正確に人に説明できる必要がある事項から C.概略を理解している必要がある事項に分かれる. 詳細は研修カリキュラムを参照.

2) 専門技能 (診察, 検査, 診断, 処置, 手術など)

専門技能として求められるものは, (1) 脳血管障害, 外傷性脳損傷など (2) 脊髄損傷, 脊髄疾患 (3) 骨関節疾患, 骨折 (4) 小児疾患 (5) 神経筋疾患 (6) 切断 (7) 内部障害 (8) その他(廃用症候群, がん, 疼痛性疾患など)の8領域にわたる. 具体的な専門技能には, リハビリテーション診断 (電気生理学的診断など), リハビリテーション評価 (言語機能, 認知症・高次脳機能, 摂食・嚥下, 排尿など), リハビリテーション治療 (理学療法, 作業療法, 言語聴覚療法, 義肢, 装具・杖・車椅子, 訓練・福祉機器, 摂食嚥下訓練, ブロック療法など)がある. それぞれの領域の項目に到達レベルのA,B,Cと経験している必要がある事項に分かれている. 詳細は研修カリキュラムを参照.

3) 経験すべき疾患・病態

研修カリキュラム参照

4) 経験すべき診察・検査等

研修カリキュラム参照

5) 経験すべき手術・処置等

研修カリキュラム参照

6) 習得すべき態度

基本的診療能力 (コアコンピテンシー) に関する事で, 本プログラムの2. スケジュール

2) 年次毎の専門研修計画 (p3), および6. 基本的診療能力 (コアコンピテンシー) (p11)の項目を参照のこと.

7) 地域医療の経験

7. 施設群による研修PG および地域医療についての考え方 (p12-13) の項を参照のこと.

南大阪リハビリテーション研修PG では, 基幹施設と連携施設の複数施設で研修することにより, それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く, 専門的に学ぶことが出来るようになっている.

4. カンファレンスの意義

- ・ チーム医療を基本とするリハビリテーション領域では、カンファレンスは、研修に関わる重要項目として位置づけられる。情報の共有と治療方針の決定に多職種がかかわるため、カンファレンスの運営能力は、基本的診療能力だけでなくリハビリテーション科医に特に必要とされる資質である。
- ・ 基幹施設および連携施設それぞれにおいて医師および看護師・リハビリテーションスタッフによる症例カンファレンスで、専攻医は積極的に意見を述べ、医療スタッフからの意見を聴き、ディスカッションを行うことにより、具体的な障害状況の把握、ゴールの設定、退院に向けた準備などの方策を学ばなければならない。
- ・ 基幹施設と連携施設による症例検討会：稀な症例や多方面からの検討を要する症例などについては6ヶ月に1回、近畿大学医学部附属病院の施設を用いて検討会を行う。学会・地方会などに向けた予演会や、各施設の専攻医や若手専門医による研修発表会も行い、発表内容、スライド資料の良否、発表態度などについて指導的立場の医師や同僚・後輩から質問をうけて討論を行う。
- ・ 各施設において抄読会や勉強会を実施する。リハビリテーションは世界の文化や制度の違いにより大きく異なるので、日本語論文と英語論文抄読により広い知識を修得するには有用である。また、本邦の教科書と共に世界的な教科書といわれるリハビリテーション書籍の輪読会を行い、標準とされるリハビリテーション医療を修得する。これらにより専攻医は最新のガイドラインを参照して治療計画を立てられるようになる。さらに、インターネットなどによる情報検索を行い診療に役立てるスキルを身に付けるようにする。
- ・ 日本リハビリテーション医学会が発行する病態別実践リハビリテーション研修会のDVD などを用いて症例数の少ない分野においては積極的に学ぶことが出来る。
- ・ 日本リハビリテーション医学会の学術集会、リハビリテーション地方会、その他関連学会や各種研修セミナーなどで、下記の事柄を学ぶ。また各病院内で実施されるこれらの講習会にも参加する。

標準的医療および今後期待される先進的医療

医療安全、院内感染対策、医療倫理

指導法、評価法などの知識・技能

5. 学問的姿勢

専攻医は、医学・医療の進歩に遅れることなく、常に研鑽、自己学習することが求められる。患者の日常的診療から浮かび上がるクリニカルクエストを日々の学習により解決し、今日のエビデンスでは解決し得ない問題は臨床研究に自ら参加、もしくは計画する事で解決しようとする姿勢を身につけるようにする。学会に積極的に参加し、基礎的あるいは臨床的研究成果を発表する。得られた成果は論文として発表して、公に広めると共に批評を受けるフィードバックでさらに成長・発展する姿勢を身につける。

なお、リハビリテーション科専門医資格を受験するためには以下の要件を満たす必要がある。「本医学会における主演者の学会抄録2篇を有すること。2篇のうち1篇は、本医学会地方会における会誌掲載の学会抄録または地方会発行の発表証明書をもってこれに代えることができる」となっている。

6. 基本的診療能力（コアコンピテンシー）

医師として求められる基本的診療能力（コアコンピテンシー）には態度、倫理性、社会性などが含まれている。以下、具体的内容を示す。

1) 患者や医療関係者とのコミュニケーション能力を備える

医療者と患者の良好な関係をはぐくむためにコミュニケーション能力は大変重要で、医療関係者とのコミュニケーションもチーム医療のためには必須である。基本的なコミュニケーションは、指導医について具体的な態度や言葉使いなど学ぶことからはじめ、当初は指導医と共に行うようにする。初期臨床研修で取得されるべきたいせつな事項であるが、癌やターミナルの患者さんに対しては障害受容などのコミュニケーションは非常に高度であり、心理状態への配慮も必要となる。ある程度研修が進んだ専攻医が必要な技術として身に付けるように配慮している。

2) 医師としての責務を自律的に果たし信頼されること（プロフェッショナルリズム）

医療専門家である医師と患者を含む社会との契約を十分に理解し、患者、家族から信頼される知識・技能および態度を身につける。

3) 診療記録の適確な記載ができること

診療行為を適確に記述することは、初期臨床研修で取得されるべき事項であるが、リハビリテーション科は診療技術に重点が置かれるのと同時に他の医療スタッフとのコミュニケーションにも重点が置かれる医療であり、診療記録を解りやすく的確に記載する技能を身につける必要がある。

4) 患者中心の医療を実践し、医の倫理・医療安全に配慮すること

障害のある患者・認知症のある患者などを対象とすることが多く、そのための倫理的配慮が必要となる。また、医療安全の重要性を理解し事故防止、事故後の対応がマニュアルに沿って実践できる必要がある。

5) 臨床の現場から学ぶ態度を修得すること

臨床の現場から学び続けることの重要性を認識し、その方法を身につけるようにする。

6) チーム医療の一員として行動すること

チーム医療の必要性を理解しチームのリーダーとして活動できることが求められる。他の医療スタッフと協調して診療にあたることができるだけでなく、治療方針を統一し治療の方針を、患者に分かりやすく説明する能力が求められるまた、チームとして逸脱した行動をしないよう、時間遵守などの基本的な行動も要求される。

7) 後輩医師に教育・指導を行うこと

自らの診療技術、態度が後輩の模範となり、また指導が実践できるように、学生や初期研修医および後輩専攻医を指導医とともに受け持ち患者を担当してもらい、チーム医療の一員として後輩医師の教育・指導も担うようにすることも研修の一環となっている。

7. 施設群の研修プログラムおよび地域医療

1) 施設群による研修

本研修PG では近畿大学病院を基幹施設とし、地域の連携施設とともに病院施設群を構成している。専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となる。これは専攻医が専門医取得に必要な経験を積むことに大変有効である。リハビリテーション分野は8領域に分けられているが、他の診療科にまたがる疾患が多く、さらに障害像も多様である。急性期から回復期、維持期（生活期）を通じて、単独の施設で症例を経験することは困難である。さらに、行政や地域医療・福祉施設と連携をして、地域で生活する障害者を診ることにより、リハビリテーションの本質も見えてくる。このため、地域の連携病院では多彩な症例を多数経験することで医師としての基本的な力を獲得する。また、医師としての基礎となる課題探索能力や課題解決能力は個々の症例について深く考え、広く論文収集を行い、症例報告や論文としてまとめることで身につけてくる。このことは大学などの臨床研究のプロセスに触れることで養われる。このような理由から近畿大学病院だけでなく、施設群のローテーションで研修を行うことが非常に大切となる。近畿大学病院リハビリテーション科専門研修PG のどの研修病院を選んでも指導内容や経験症例数に不公平が無いように十分に配慮されている。施設群における研修の順序、期間等については、専攻医を中心に考え、個々の専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、近畿大学病院リハビリテーション科専門研修PG 管理委員会が決定する。

2) 地域医療の経験

- ・ 連携施設での研修中には、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションなど介護保険事業、地域リハビリテーション等に関する見学・実習を行い、急性期から回復期、維持期における医療・福祉分野にまたがる地域医療・地域連携を経験できる。
- ・ ケアマネージャーとのカンファレンスの実施、住宅改修のための家屋訪問、脳卒中バスや大腿骨頸部骨折バスでの病診・病病連携会議への出席など、疾病の経過・障害にあわせてリハビリテーションの支援について経験できるようにしてある。
- ・ 近畿大学病院リハビリテーション科専門研修プログラムは大阪府の中核病院中心の研修PG なので、医療過疎地区という意味での地域実習は基本的にないが、大阪府河南町に位置する前田クリニックでは、過疎地区における訪問診療の実態を体験できる。

8. 施設群の研修計画

図に近畿大学病院リハビリテーション科専門研修PGの1コース例を示した。SR1は基幹施設、SR2, SR3は連携施設での研修である。3施設は大学病院、一般病院の中から選択され、症例等で偏りの無いように、専攻医の希望を考慮して決めることができる。具体的なローテート先一覧は、「15. 研修PGの施設群について」を参照のこと。

近畿大学病院リハビリテーション科専門研修PGのメリットの一つに、南大阪の研修病院だけでも完結できることが挙げられる。この場合、南大阪在住で3年間転居なしで、研修することも可能であり、子育て中の女性医師などに配慮がされている。



表6-1～7に上記研修PGコースでの3年間の施設群ローテーションにおける研修内容と予想される経験症例数を示した。どのコースであっても内容と経験症例数に偏り、不公平がないように十分配慮する。

研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数
SR1 近畿大学リハビリテーション科	指導医数 4名	専攻医数 2名	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など 50症例 (2)外傷性脊髄損傷 30症例
	病床数 120床	担当病床数 20名	(3)運動器疾患・外傷 40症例 (4)小児疾患 20症例 (5)神経筋疾患 20症例 (6)切断 10症例 (7)内部障害 50症例 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など 50症例
	外来数 90症例/週 特殊外来 装具 1症例/週 小児 3症例/週 リウマチ 2症例/週 物忘れ外来 12症例/週 周術期嚥下リハ外来 1症例/週	担当外来数 20症例/週 特殊外来 装具 1症例/週 小児 1症例/週 リウマチ 1症例/週 物忘れ外来 6症例/週 周術期嚥下リハ外来 1症例/週	電気生理学的診断 10症例 言語機能の評価 20症例 認知症・高次機能の評価 10症例 摂食・嚥下の評価 20症例 理学療法 100症例 作業療法 50症例 言語聴覚療法 50症例 義肢 2症例 装具・杖・車椅子など 5症例 訓練・福祉機器 2症例 摂食嚥下訓練 20症例 ブロック療法 5症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など(回復期・維持期) (2)外傷性脊髄損傷 (3)運動器疾患・外傷 (4)小児疾患 (5)神経筋疾患 (6)切断 (7)内部障害 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など	基本的診療能力(コアコンピテンシー) 指導医の助言・指導のもと、別記の事項が実践できる 基本的知識と技能 知識:運動学、障害学、ADL/IADL、ICFなど 上記の評価・検査・治療の概略を理解し、一部を実践できる	

表6-1 SR1における研修施設の概要と研修カリキュラム1

研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数
SR1 浜松市立リハビリテーション病院	指導医数 3名	専攻医数 1名	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など 50症例 (2)外傷性脊髄損傷 30症例 (3)運動器疾患・外傷 40症例 (4)小児疾患 4症例
	病床数 225床	担当病床数 名	(5)神経筋疾患 5症例 (6)切断 3症例 (7)内部障害 2症例 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など30症例
	外来数 90症例/週 特殊外来 装具 小児 リウマチ 嚥下外来	担当外来数 20症例/週 特殊外来 装具 小児 リウマチ 嚥下外来	電気生理学的診断 3症例 言語機能の評価 20症例 認知症・高次機能の評価 30症例 摂食・嚥下の評価 50症例 排尿の評価 10症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など(回復期・維持期) (2)外傷性脊髄損傷 (3)運動器疾患・外傷 (4)小児疾患 (5)神経筋疾患 (6)切断 (7)内部障害 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など	基本的診療能力(コアコンピテンシー) 指導医の助言・指導のもと、別記の事項が実践できる 基本的知識と技能 知識:運動学、障害学、ADL/IADL、ICFなど 上記の評価・検査・治療の概略を理解し、一部を実践できる	理学療法 100症例 作業療法 50症例 言語聴覚療法 50症例 義肢 2症例 装具・杖・車椅子など 20症例 訓練・福祉機器 0症例 摂食嚥下訓練 30症例 ブロック療法 30症例

表6-2 SR1における研修施設の概要と研修カリキュラム1

研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数
SR2 さくら会病院	指導医数 3名	専攻医数 1名	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など 50症例 (2)外傷性脊髄損傷 30症例 (3)運動器疾患・外傷 20症例 (4)小児疾患 0症例
	病床数 60床	担当病床数 10名	(5)神経筋疾患 2症例 (6)切断 1症例 (7)内部障害 5症例 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など 10症例
	外来数 30症例/週 特殊外来 装具 1症例/週 小児 0症例/週 リウマチ 2症例/週	担当外来数 10症例/週 特殊外来 装具 1症例/週 リウマチ 1症例/週	電気生理学的診断 0症例 言語機能の評価 30症例 認知症・高次機能の評価 30症例 摂食・嚥下の評価 20症例 排尿の評価 20症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など(回復期・維持期) (2)外傷性脊髄損傷 (3)運動器疾患・外傷 (5)神経筋疾患 (6)切断 (7)内部障害 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など	基本的診療能力(コアコンピテンシー) 指導医の助言・指導のもと、別記の事項が実践できる 基本的知識と技能 知識:運動学、障害学、ADL/IADL、ICFなど 上記の評価・検査・治療の概略を理解し、一部を実践できる	理学療法 100症例 作業療法 50症例 言語聴覚療法 50症例 義肢 0症例 装具・杖・車椅子など 50症例 訓練・福祉機器 5症例 摂食嚥下訓練 20症例 ブロック療法 5症例

表6-3 SR2における研修施設の概要と研修カリキュラム1

研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数
SR2 葛城病院	指導医数 2名	専攻医数 1名	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など 50症例 (2)外傷性脊髄損傷 30症例 (3)運動器疾患・外傷 50症例 (4)小児疾患 0症例
	病床数 90床	担当病床数 20名	(5)神経筋疾患 5症例 (6)切断 1症例 (7)内部障害 20症例 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など 20症例
	外来数 90症例/週 特殊外来 装具 1症例/週 リウマチ 2症例/週	担当外来数 20症例/週 特殊外来 装具 1症例/週 リウマチ 1症例/週	電気生理学的診断 30症例 言語機能の評価 40症例 認知症・高次機能の評価 30症例 摂食・嚥下の評価 20症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など(回復期・維持期) (2)外傷性脊髄損傷 (3)運動器疾患・外傷 (5)神経筋疾患 (6)切断 (7)内部障害 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など	基本的診療能力(コアコンピテンシー) 指導医の助言・指導のもと、別記の事項が実践できる 基本的知識と技能 知識:運動学、障害学、ADL/IADL、ICFなど 上記の評価・検査・治療の概略を理解し、一部を実践できる	理学療法 100症例 作業療法 50症例 言語聴覚療法 50症例 義肢 1症例 装具・杖・車椅子など 50症例 訓練・福祉機器 20症例 摂食嚥下訓練 20症例 ブロック療法 0症例

表6-4 SR2における研修施設の概要と研修カリキュラム2

研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数
SR2 島田病院	指導医数 1名	専攻医数 1名	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など 20症例 (2)外傷性脊髄損傷 50症例 (3)運動器疾患・外傷 50症例 (4)小児疾患 20症例 (5)神経筋疾患 20症例 (6)切断 0症例 (7)内部障害 20症例 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など 20症例
	病床数 0床	担当病床数 0名	電気生理学的診断 20症例 言語機能の評価 0症例 認知症・高次機能の評価 2症例
	外来数 100症例/週 特殊外来 装具 5症例/週 小児 2症例/週 リウマチ 2症例/週	担当外来数 20症例/週 特殊外来 装具 2症例/週 小児 1症例/週 リウマチ 1症例/週	
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など (回復期・維持期) (2)外傷性脊髄損傷 (3)運動器疾患・外傷 (4)小児疾患 (5)神経筋疾患	基本的診療能力 (コアコンピテンシー) 指導医の助言・指導のもと、別記の事項 が実践できる 基本的知識と技能 知識:運動学、障害学、ADL/IADL、 ICFなど 上記の評価・検査・治療の概略を理解し、 一部を実践できる	理学療法 100症例 作業療法 50症例 言語聴覚療法 0症例 義肢 0症例 装具・杖・車椅子など 30症例 訓練・福祉機器 10症例 摂食嚥下訓練 0症例 ブロック療法 50症例

表6-5 SR2における研修施設の概要と研修カリキュラム3

研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数
SR3 ベガサスリ ハビリテー ション病院	指導医数 1名	専攻医数 1名	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など 50症例 (2)外傷性脊髄損傷 10症例 (3)運動器疾患・外傷 40症例 (4)小児疾患 0症例 (5)神経筋疾患 10症例 (6)切断 0症例 (7)内部障害 0症例 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など 10症例
	病床数 150床	担当病床数 20名	電気生理学的診断 0症例 言語機能の評価 20症例 認知症・高次機能の評価 20症例 摂食・嚥下の評価 20症例
	外来数 50症例/週 特殊外来 装具 1症例/週 リウマチ 2症例/週	担当外来数 20症例/週 特殊外来 装具 1症例/週 リウマチ 1症例/週	
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など (回復期・維持期) (2)外傷性脊髄損傷 (3)運動器疾患・外傷 (5)神経筋疾患 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾 患など	基本的診療能力 (コアコンピテンシー) 指導医の助言・指導のもと、別記の事項 が実践できる 基本的知識と技能 知識:運動学、障害学、ADL/IADL、 ICFなど 上記の評価・検査・治療の概略を理解し、 一部を実践できる	理学療法 100症例 作業療法 50症例 言語聴覚療法 50症例 義肢 2症例 装具・杖・車椅子など 30症例 訓練・福祉機器 20症例 摂食嚥下訓練 20症例 ブロック療法 40症例

表6-6 SR3における研修施設の概要と研修カリキュラム

研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数
SR3 南大阪小児 リハビリテー ション病院	指導医数 2名	専攻医数 1名	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など 50症例 (2)外傷性脊髄損傷 0症例 (3)運動器疾患・外傷 50症例 (4)小児疾患 50症例 (5)神経筋疾患 0症例 (6)切断 0症例 (7)内部障害 0症例 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など 0症例
	病床数 120床	担当病床数 20名	電気生理学的診断 0症例 言語機能の評価 0症例 認知症・高次機能の評価 0症例 摂食・嚥下の評価 20症例
	外来数 90症例/週	担当外来数 20症例/週	
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など (2)外傷性脊髄損傷 (3)運動器疾患・外傷 (4)小児疾患	基本的診療能力 (コアコンピテンシー) 指導医の助言・指導のもと、別記の事項 が実践できる 基本的知識と技能 知識:運動学、障害学、ADL/IADL、 ICFなど 上記の評価・検査・治療の概略を理解し、 一部を実践できる	理学療法 100症例 作業療法 50症例 言語聴覚療法 50症例 義肢 0症例 装具・杖・車椅子など 0症例 訓練・福祉機器 0症例 摂食嚥下訓練 0症例 ブロック療法 0症例

表6-7 SR3における研修施設の概要と研修カリキュラム

研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数
SR3 宝塚リハビリテーション病院	指導医数 1名	専攻医数 1名	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など 50症例 (2)外傷性脊髄損傷 10症例 (3)運動器疾患・外傷 50症例 (4)小児疾患 0症例 (5)神経筋疾患 3症例 (6)切断 1症例 (7)内部障害 0症例 (8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など 20症例
	病床数 162床	担当病床数 20名	
	外来数 20症例/週	担当外来数 10症例/週	電気生理学的診断 20症例 言語機能の評価 20症例 認知症・高次機能の評価 20症例 摂食・嚥下の評価 20症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など (2)外傷性脊髄損傷 (3)運動器疾患・外傷 (5)神経筋疾患 (6)切断 (8)その他	基本的診療能力 (コアコンピテンシー) 指導医の助言・指導のもと、別記の事項 基本的知識と技能 知識:運動学、障害学、ADL/IADL、 ICFなど 上記の評価・検査・治療の概略を理解し、 一部を実践できる	理学療法 100症例 作業療法 50症例 言語聴覚療法 50症例 義肢 1症例 装具・杖・車椅子など 50症例 訓練・福祉機器 50症例 摂食嚥下訓練 10症例 ブロック療法 0症例

近畿大学病院リハビリテーション科専門研修PGの研修期間は3年間としているが、修得が不十分な場合は修得できるまでの期間を延長することになる。また、subspecialty領域専門医取得(例:脳卒中専門医など)を希望される専攻医には必要な教育を並行して行い、学位取得希望者には、臨床研修とあわせて研究を開始し、その指導も行う。

9. 研修の評価

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修 PG の根幹となるものである。専門研修 SR の 1 年目、2 年目、3 年目のそれぞれ基本的診療能力(コアコンピテンシー)とリハビリテーション科専攻医に求められる知識・技能の修得目標を設定し、その年度の終わりに達成度を評価する。これにより基本から応用へ、さらに専門医として独立して臨床や研究が実践できるまで着実に実力をつけていくように配慮している。

- 指導医は日々の臨床の中で専攻医を指導する。
- 専攻医は半年に 1 度、経験症例数・研修目標達成度の自己評価を行う。あわせて研修施設評価・研修施設 PG の評価も行うこととする。
- 指導医も半年に 1 度、専攻医の研修目標達成度の評価を行い、経験症例数をチェックし、専攻医と評価の面談によるフィードバックを行う。
- 医師としての態度についての評価には、自己評価、指導医による評価に加えて、リハビリテーションに関わる各職種から、臨床経験が豊かで専攻医と直接かかわりがあった担当者を選んでの評価が含まれる。
- 専攻医は毎年 9 月末(中間報告)と 3 月末(年次報告)に「専攻医研修実績記録フォーマット」に経験症例数及び研修目標達成度を記載し、指導医はそれに評価・講評を加える。
- 専攻医は「専攻医研修実績記録フォーマット」をそれぞれ 9 月末と 3 月末に専門研修 PG 管理委員会に提出する。

- ☑ 専門研修 PG 管理委員会にて、指導責任者は「専攻医研修実績記録フォーマット」に署名・押印し、コピーを保管する。
- ☑ 「専攻医研修実績記録フォーマット」の自己評価と指導医評価、指導医コメント欄は6ヶ月ごとに上書きする。
- ☑ 3年間の総合的な修了判定は、専門研修 PG 管理委員会にて統括責任者が行う。この修了判定を得ることができてから専攻医は専門医試験の申請を行うことができる。

10. 研修プログラム管理委員会

近畿大学病院リハビリテーション科専門医研修PG 管理委員会を組織し、本委員会は統括責任者（委員長）、副委員長、事務局代表、および連携施設担当委員で構成される。基幹施設である近畿大学医学部附属病院には、リハビリテーション科専門医研修PG 管理委員会と、統括責任者を置く。連携施設群には、連携施設担当者と委員会組織を置く。

専門研修PG 管理委員会の主な役割は、①研修PG の作成・修正を行い、②施設内の研修だけでなく、連携施設への出張、臨床場面を離れた学習としての、学術集会や研修セミナーの紹介斡旋、自己学習の機会の提供を行い、③指導医や専攻医の評価が適切か検討し、④研修プログラムの終了判定を行い、修了証を発行することなどである。

基幹施設の役割

基幹施設は連携施設とともに研修施設群を形成し、研修PG 統括責任者は総括的評価を行い、修了判定を行う。また基幹施設は連携施設と協議の上、研修PGの改善を行う。

連携施設での委員会組織専門研修連携施設には、専門研修PG 連携施設担当者と委員会組織を置き、専門研修連携施設の専攻医が形成的評価と指導を適切に受けているか評価する。専門研修PG 連携施設担当者は専門研修連携施設内の委員会組織を代表し専門研修基幹施設に設置される専門研修PG 管理委員会の委員となる。

11. 就業環境

専門研修基幹施設および連携施設の責任者は、専攻医の労働環境改善に努める。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従う。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、雇用契約を結ぶ時点で説明を行う。

研修年次毎に専攻医および指導医は専攻医研修施設に対する評価も行い、その内容は近畿大学病院リハビリテーション科専門医研修管理委員会に報告されるが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれることとする。

12. プログラムの改善

近畿大学病院リハビリテーション科専門医研修PG では、より良い研修PG にするべく、専攻医からのフィードバックを重視して研修PG の改善を行うこととする。

1) 専攻医による指導医および研修PG に対する評価

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医研修施設、専門研修PG に対する評価を行う。また、指導医も専攻医研修施設、専門研修PG に対する評価を行う。専攻医や指導医等からの評価は、質問紙にて行い、研修PG 管理委員会に提出され、研修PG 管理委員会は研修PG の改善に役立てる。このようなフィードバックによって専門研修PG をより良いものに改善して行く。専門研修PG 管理委員会は改善が必要と判断した場合、専攻医研修施設の実地調査および指導を行う。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年3月31日までに日本専門医機構のリハビリテーション領域研修委員会に報告する。

2) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

専門研修PG に対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われる。その評価にもとづいて専門研修PG 管理委員会で研修PG の改良を行う。専門研修PG 更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構のリハビリテーション領域研修委員会に報告する。

13. 修了判定

3年間の研修機関における年次毎の評価表および3年間のプログラム達成状況にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構のリハビリテーション科領域研修委員会が要求する内容を満たしているものであるかどうか、研修出席日数が足りているかどうかを、専門医認定申請年(3年目あるいはそれ以後)の3月末に研修PG 統括責任者または研修連携施設担当者が研修PG 管理委員会において評価し、研修PG 統括責任者が修了の判定する。

14. 修了に向けて行うこと

修了判定のプロセス

専攻医は「専門研修PG 修了判定申請書」を専攻医研修終了の3月までに専門研修PG 管理委員会に送付する。専門研修PG 管理委員会は3月末までに修了判定を行い、研修証明書を専攻医に送付する。専攻医は日本専門医機構のリハビリテーション科専門医研修委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。

15. 施設群

専門研修基幹施設

近畿大学医学部附属病院が専門研修基幹施設となる。

専門研修連携施設・関連施設

連携施設・関連施設の認定基準は、日本専門医機構のリハビリテーション科研修委員会にて規定されている。

連携施設

リハビリテーション科専門研修指導責任者と同指導医（指導責任者と兼務可能）が常勤しており、リハビリテーション科研修委員会の認定を受け、リハビリテーション科を院内外に標榜している病院または施設である。

関連施設

指導医が常勤していない回復期リハビリテーション施設、介護老人保健施設、等、連携施設の基準を満たさないものをさす。指導医が定期的に訪問するなど適切な指導体制を取る必要がある施設である。

近畿大学病院リハビリテーション科専門医研修PG の施設群を構成する連携施設は、以下の通りである。連携施設は診療実績基準を満たしており、1年間のローテート候補病院で、研修の際には雇用契約を結ぶ。関連施設は1日単位の見学実習を行う病院・施設となり、雇用契約は結ばない。ローテート例は表7を参のこと。

連携施設（何れもリハベッドあり）（2年次3年次の研修候補施設）

浜松市リハビリテーション病院 基幹施設でもあり、本プログラムとの相互連携

南大阪小児リハビリテーション病院

回復期リハビリテーション病棟

さくら会病院、葛城病院、ベガサスリハビリテーション病院、運動器ケアしまだ病院

関連施設

大阪母子医療センター、宝塚リハビリテーション病院、樫本病院、馬場記念病院、前田クリニック（リハ科診療所、訪問リハ）、矢木脳神経外科病院、弘善会クリニック、わだ内科整形外科

表7 プログラムによるローテートの例

1年目	2年目	3年目
近畿大学病院	さくら会病院	ベガサスリハ病院
近畿大学病院	葛城病院	希望の連携施設
浜松市リハ病院	島田病院	希望の連携施設

専門研修施設群

近畿大学病院と連携施設により専門研修施設群を構成している。

専門研修施設群の地理的範囲

近畿大学病院リハビリテーション科専門医研修PGの専門研修施設群は南大阪全域にわたる。施設群の中には、地域中核病院やリハビリテーションに関わる施設が入っている。

浜松市リハビリテーション病院は基幹施設であるが相互に連携施設となっている。なお浜松市リハビリテーション病院は静岡にあるが、従来から研修を受けている関係にあり、藤島院長は頻回に近畿大学での指導実績があり、専門研修施設群に加わっている。

16. 受入数

毎年2名を受入数とする。

各専攻医指導施設における専攻医総数の上限（3学年分）は、当該年度の指導医数×2と日本専門医機構のリハビリテーション科研修委員会で決められている。

近畿大学病院リハビリテーション科専門医研修PGにおける専攻医受け入れ可能人数は、専門研修基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものである。近畿大学医学部に2名、浜松市リハビリテーション病院に2名、プログラム全体では13名の指導医が在籍しており、2019年の専攻医受け入れ人数は各2名となっているので、専攻医に対する指導医数は、十分余裕があり、専攻医の希望によるローテートのばらつき（連携病院の偏り）に対しても充分対応できるだけの指導医数を有している。

また、受入専攻医数は病院群の症例数が専攻医の必要経験数に対しても十分に提供できるものとなっている（表8）。

項目	SR1 近畿大学リハ ビリテーション	SR1 浜松リハビ リテーション病院	SR2 さくら会病院	SR2 葛城病院	SR2 運動器ケア しまだ病院	SR3 ベガスリハビ リテーション病院	SR3 南大阪小児リハビ リテーション病院	SR3 宝塚リハビ リテーション病院	研修PG 必要症例 数
(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など	50症例	50症例	50症例	50症例	20症例	50症例	50症例	50症例	15症例
(2)外傷性脊髄損傷	30症例	30症例	30症例	30症例	50症例	10症例	0症例	10症例	10症例
(3)運動器疾患・外傷	40症例	40症例	20症例	50症例	50症例	40症例	50症例	50症例	15症例
(4)小児疾患	20症例	4症例	0症例	0症例	20症例	0症例	50症例	0症例	5症例
(5)神経筋疾患	20症例	5症例	2症例	5症例	20症例	10症例	0症例	3症例	10症例
(6)切断	10症例	3症例	1症例	1症例	0症例	0症例	0症例	1症例	5症例
(7)内部障害	50症例	2症例	5症例	20症例	0症例	0症例	0症例	0症例	10症例
(8)その他:廃用症候群、がん、疼痛性疾患など	50症例	30症例	10症例	0症例	0症例	10症例	0症例	20症例	5症例
経験すべき診察・検査等									
電気生理学的診断	10症例	3症例	0症例	30症例	20症例	0症例	0症例	20症例	2症例
言語理解の評価	20症例	20症例	30症例	400症例	0症例	20症例	0症例	20症例	2症例
認知症・高次機能の評価	10症例	30症例	30症例	30症例	2症例	20症例	0症例	20症例	2症例
摂食・嚥下の評価	20症例	50症例	20症例	20症例	0症例	20症例	20症例	20症例	2症例
排尿の評価	0症例	10症例	20症例	0症例	0症例	0症例	0症例	0症例	2症例
経験すべき手術・処置等									
理学療法	100症例	100症例	100症例	100症例	100症例	100症例	100症例	100症例	2症例
作業療法	50症例	50症例	50症例	50症例	50症例	50症例	50症例	50症例	2症例
言語聴覚療法	50症例	50症例	50症例	50症例	0症例	50症例	50症例	50症例	2症例
義肢	2症例	2症例	0症例	1症例	0症例	2症例	0症例	1症例	2症例
装具・杖・車椅子など	5症例	20症例	50症例	50症例	30症例	30症例	0症例	50症例	2症例
訓練・福祉用具	2症例	0症例	5症例	20症例	10症例	20症例	0症例	50症例	2症例
摂食・嚥下訓練	20症例	30症例	20症例	20症例	0症例	20症例	0症例	10症例	2症例
ブロック療法	5症例	30症例	5症例	0症例	50症例	40症例	0症例	0症例	2症例

表8 経験予定症例数/研修PG必要症例数

17. Subspecialty 領域

リハビリテーション科専門医を取得した医師は、リハビリテーション科専攻医としての研修期間以後に Subspecialty 領域の専門医のいずれかを取得できる可能性がある。リハビリテーション領域において Subspecialty 領域である脳卒中専門医、小児神経専門医、感染症専門医などとの連続性をもたせるため、経験症例等の取扱いは検討中である。

18. 研修カリキュラム制による研修について

リハビリテーション科以外の基本領域の専門医既取得者（但しリハビリテーション科領域が定める基本領域に限る）がリハビリテーション科専門医の取得を目指す場合は、研修プログラム制でなく、研修カリキュラム制を選択することができる。2018年4月時点で定められている基本領域は内科、外科、整形外科である。内科に関しては、当面の間専門医でなく内科認定医の既取得者も対象とする。これらの基本領域学会の専門医（内科学会においては現行制度での認定内科医を含める）を保有する場合、リハビリテーション科専攻医としての研修期間を2年以上とすることができる。リハビリテーション科専攻医となる以前に、リハビリテーション科専門研修プログラム整備指針で定める基幹施設の条件の1つである「初期臨床研修の基幹型臨床研修病院、医師を養成する大学病院、または医師を養成する大学病院と同等の研究・教育環境を提供できると認められる施設」に6ヶ月以上勤務した経験がある場合は、その期間をリハビリテーション科専門研修プログラムにおける基幹施設の最短勤務期間である6ヶ月に充てることで、基幹施設以外の連携施設の勤務のみで研修を終了することができる。リハビリテーション科専門研修プログラム整備指針で定める「研修期間の中に病棟主治医の期間を原則12ヶ月以上（6ヶ月以上必須）含める必要があり、この中に回復期リハビリテーション病棟を6ヶ月以上含めることを必須とする。」は研修カリキュラム制による研修でも適用される。但し、リハビリテーション科専攻医となる以前に日本リハビリテーション医学会が認定する研修施設の回復期リハビリテーション病棟で6ヶ月以上勤務した経験がある場合には、その期間をリハビリテーション科専門研修プログラムにおける回復期リハビリテーション病棟の最短勤務期間である6ヶ月に充てることことができる。

19. 休止・中断、大学院研修

- 1) 出産・育児・疾病・介護・留学等にあつては、研修プログラムの休止・中断期間を除く通算3年間で研修カリキュラムの達成レベルを満たせるように、柔軟な専門研修プログラムの対応を行う。
- 2) 短時間雇用の形体での研修でも通算3年間で達成レベルを満たせるように、柔軟な専門研修プログラムの対応を行うこととする。
- 3) 住所変更等により選択している研修プログラムでの研修が困難となった場合には、転居先で選択できる専門研修プログラムの統括プログラム責任者と協議した上で、プログラムの移動には日本専門医機構内のリハビリテーション科研修委員会への相談等を行い対応する。
- 4) 他の研修プログラムにおいて内地留学的に一定期間研修を行うことは、特別な場合を除い

て認められない。なお特別な場合とは、特定の研修分野を受け持つ連携施設の指導医が何らかの理由により指導を行えない場合、臨床研究を専門研修と併せて行うために必要な施設が研修施設群にない場合、あるいは、統括プログラム責任者が特別に認める場合とする。

- 5) 留学、臨床業務のない大学院の期間に関しては研修期間として取り扱うことはできないが、社会人大学院や臨床医学研究系大学院に在籍し、臨床に従事しながら研究を行う期間については、そのまま研修期間に含めることができる。
- 6) 専門研修 PG 期間のうち、出産・育児・疾病・介護・留学等でのプログラムの休止は、全研修機関の3年のうち6ヵ月までの休止・中断では、残りの期間での研修要件を満たしていれば研修期間を延長せずにプログラム修了と認定するが、6ヶ月を超える場合には研修期間を延長することとする。

20. 指導医

リハビリテーション科専門研修指導医は、下記の基準を満たし、日本リハビリテーション医学会ないし日本専門医機構のリハビリテーション科領域専門研修委員会により認められた資格である。

- ・ 専門医取得後、3年以上のリハビリテーションに関する診療・教育・研究に従事していること。但し、通常5年で行われる専門医の更新に必要な条件（リハビリテーション科専門医更新基準に記載されている、①勤務実態の証明、②診療実績の証明、③講習受講、④学術業績・診療以外の活動実績）を全て満たした上で、さらに以下の要件を満たす必要がある。
- ・ リハビリテーションに関する筆頭著者である論文1篇以上を有すること
- ・ 専門医取得後、本医学会学術集会（年次学術集会、専門医会学術集会、地方会学術集会のいずれか）で2回以上発表し、そのうち1回以上は主演者であること。
- ・ 日本リハビリテーション医学会が認める指導医講習会を1回以上受講していること。

指導医は、専攻医の教育の中心的役割を果たすとともに、指導した専攻医を評価する。一方、指導医は指導した研修医から、指導法や態度について評価を受ける。

指導医のフィードバック法の学習(FD)

指導医は、指導法を修得するために、日本リハビリテーション医学会が主催する指導医講習会を受講する必要がある。ここでは、指導医の役割・指導内容・フィードバックの方法についての講習を受ける。指導医講習会の受講は、指導医認定や更新のために必須となっている。

21. 実績記録システム、マニュアル等

研修実績および評価の記録

日本リハビリテーション医学会ホームページよりダウンロードできる「専攻医研修実績記録」に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受ける。総括的評価は研修カリキュラムに則り、少なくとも年1回行う。近畿大学医学部附属病院（基幹施設）に

て、専攻医の研修履歴（研修施設、期間、担当した専門研修指導医）、研修実績、研修評価を保管する。さらに専攻医による専門研修施設および専門研修 PG に対する評価も保管する。研修 PG の運用には、以下のマニュアル類やフォーマットを用いる。これらは日本リハビリテーション医学会ホームページよりダウンロード可能である。

◎専攻医研修マニュアル

◎指導医マニュアル

◎専攻医研修実績記録フォーマット

「専攻医研修実績記録フォーマット」に研修実績を記録し、一定の経験を積むごとに専攻医自身が達成度評価を行い記録する。少なくとも 1 年に 1 回は達成度評価により、基本的診療能力（コアコンピテンシー）、総論（知識・技能）、各論（8 領域）の各分野の形成的自己評価を行ってください。各年度末には総括的評価により評価が行われる。

◎指導医による指導とフィードバックの記録

専攻医自身が自分の達成度評価を行い、指導医も形成的評価を行って記録する。少なくとも 1 年に 1 回は基本的診療能力（コアコンピテンシー）、総論（知識・技能）、各論（8 領域）の各分野の形成的評価を行う。評価者は「1：さらに努力を要する」の評価を付けた項目については必ず改善のためのフィードバックを行い記録し、翌年度の研修に役立たせる。

22. サイトビジット（訪問調査）

専門研修 PG の施設に対して日本専門医機構からのサイトビジットがある。サイトビジットにおいては研修指導体制や研修内容について調査が行われる。その評価は専門研修 PG 管理委員会に伝えられ、PG の必要な改良を行う。

23. 採用と修了

採用方法

近畿大学病院リハビリテーション科専門医研修 PG 管理委員会は、毎年 7 月から近畿大学医学部リハビリテーション科ホームページでの広報や研修説明会等を行い、リハビリテーション科専攻医募集開始する。研修 PG への応募者は、10 月末までに研修 PG 統括責任者宛に所定の形式の『近畿大学病院リハビリテーション科専門医研修 PG 応募申請書』および履歴書、医師免許証の写し、保険医登録証の写しを提出する。申請書は

(1) 近畿大学医学部リハビリテーション科の website

(<http://www.med.kindai.ac.jp/reha/index.html>)よりダウンロード、

(2) 電話で問い合わせ(072-366-0221)、

(3) e-mail で問い合わせ (m-ueda@med.kindai.ac.jp)、

のいずれの方法でも入手可能である。原則として 11 月中に書類選考および面接を行い、11 月末までに採否を本人に文書で通知する。

修了について

13. 修了判定について (p18-) を参照のこと