

# 金沢大学拠点・北陸三県リハビリテーション科 専門研修プログラム

## 目次

### I リハビリテーション科専門医と同専門研修プログラム

I-1	リハビリテーション科専門医とは？	… p. 1
I-2	専門研修プログラムの理念・目的・使命	… p. 1
I-3	研修過程の概要、専攻医の獲得目標	… p. 2
I-4	複数施設群で研修を進める考え方	… p. 2
I-5	地域医療についての考え方	… p. 3

### II 金沢大学拠点・北陸三県リハビリテーション科専門研修プログラム

II-1	研修プログラムの特色	… p. 4
II-2	研修内容	… p. 4
	◇習得すべきコアコンピテンシー	… p. 5
	◇学問的姿勢の習得について	… p. 6
	◇地域医療の経験について	… p. 7
II-3	研修過程について	… p. 7
	◇当研修プログラムの年間全体行事	… p. 8
	◇研修ローテーションコース例	… p. 8
	◇年次毎の目標、年次毎の研修計画	… p. 10
	◇経年的な研修経験量の予想	… p. 11
II-4	研修プログラムを構成する施設について	… p. 15
	◇各施設の概覧	… p. 15
	◇各施設の週間スケジュール	… p. 17
	◇基幹施設・各連携施設のそれぞれの特色	… p. 20
II-5	専攻医の就業環境	… p. 27
II-6	専攻医の受け入れ数	… p. 30
II-7	修了判定について（専攻医が修了に向けて行うべきこと）	… p. 31
II-8	サブスペシャリティー領域との連続性	… p. 31
II-9	研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修	… p. 31
II-10	大学院	… p. 32

### III 当専門研修プログラムの運営体制など

III-1	専門研修の評価	… p. 33
III-2	専門研修管理体制	… p. 33
III-3	専門研修プログラムの改善方法	… p. 34
III-4	専門研修指導医	… p. 34
III-5	各種マニュアル、研修実績記録・評価記録など	… p. 35

### IV 専攻医の応募・採用・修了

IV-1	当プログラムへの応募方法・採用方法	… p. 36
IV-2	当プログラムの修了	… p. 36

### V 日本リハビリテーション医学会への入会

… p. 37

## I リハビリテーション科専門医と同専門研修プログラム

2018年度始動の新専門医制度において、リハビリテーション科は専門研修の19基本領域の一つに位置づけられました。

### I-1 リハビリテーション科専門医とは？

病気・外傷・加齢などに伴う機能障害に対し医療施設で行われるリハビリテーション医療（障害予防、機能回復、活動性の向上）に関し、これをより質の高い内容で提供する知識や技術等をもつ医師です。

- 臨床面：機能障害のある方の生活の自立度や活動性をより高め、その人の暮らしを生涯にわたってサポートすることを目指します。その目的のため、現場ではメディカルスタッフの意見を聴き適切な判断と指示を行うリハビリテーション医療のチームリーダーを努めます。また、メディカルスタッフや他科医師には行使できない独特の診断・治療技術を行使することがあります。
- 研究面：良質なリハビリテーション医療を創生あるいは確立することを目指し、リハビリテーション医療の発展に役立つ研究（機能障害や活動性に対する診断技術、医療システム、治療手段等の開発）を行います。

### I-2 当専門研修プログラムの理念・目的・使命

『リハビリテーション科専門医研修カリキュラム』は、日本専門医機構の指導のもと、日本リハビリテーション医学会が中心となり策定したものです。

- ◎理念： 国民が受けることのできるリハビリテーション医療を向上させ、さらに障害者を取り巻く福祉分野へも社会貢献すること。
- ◎目的と使命： リハビリテーション科専門医の育成を通じ、国民に良質なリハビリテーション医療を提供し、国民の健康・福祉に貢献する。さらに、リハビリテーション医学を進歩・普及させるべく研究・教育にも尽力する。

研修プログラムを介するリハビリテーション科専攻医の指導では、

- ・ 専門医に必要な基本的診療能力（コアコンピテンシー）の習得（表1）
  - ・ リハビリテーション科領域の専門的診療能力の習得
- などを図り、リハビリテーション科領域における、
- ・ 知識・技能・態度と高い倫理性を備える専門医
  - ・ 標準的な医療を提供できる専門医
  - ・ 患者に信頼され、プロ意識・誇り・責任感を持てる専門医
- の育成に努める。

表1 リハビリテーション科専門医に必要な基本的診療能力

- 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
- 2) 医師としての責務を自律的に果たし信頼される（プロフェッショナリズム）
- 3) 診療記録の適確な記載ができる
- 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
- 5) 臨床の現場から学ぶ技能と態度を修得している
- 6) チーム医療の一員として行動できる
- 7) 後輩医師に教育・指導を行うことができる

### I-3 研修過程の概要、専攻医の獲得目標

リハビリテーション科専門医は、初臨床研修2年間および専門研修3年間の合計5年間の研修で育成します。研修過程では、専門医に求められるコアコンピテンシー（基本的診療能力。表1、1頁）および専門研修カリキュラムに準じ、経験・修得目標（表2～4、12～14頁）を年次ごとに段階的に設定し、各年度の終わりに達成度を評価しながら研修を進めていきます。研修コースの違いにより専攻医間に経験内容のばらつきが生じることは避けられませんが、3年間の全体を通して最終的には全員が同等の経験量・経験内容となるようになっています。よって、年次ごとの修得目標はあくまでも目安であり、3年間のプロセスは個別に調節していくことになっています。

注意1：専門研修を受けるには、保険医の所持、初期臨床研修の修了が必要です。

注意2：初期臨床研修期間中に受けるリハビリテーション科の研修は、必須ではありませんが、そのことをもって全体5年の研修期間を短縮することはできません。

専攻医が獲得すべき目標の大項目は次のとおりです。

総論	I.	専門知識
〃	II.	専門技能（診断・評価）
〃	III.	専門技能（治療）
〃	IV.	学問的姿勢
〃	V.	医師としての倫理性、社会性
各論	VI.	経験すべき症例（疾患別8領域にわたるもの）

大項目ごとに、経験すべき事項が小項目の形で挙げられています。また、すべての項目の中には専門研修プログラム修了の絶対条件（必須項目）があります。概要は表2～4（12～14頁）にまとめましたが、詳細については必ず「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」を確認して下さい。研修カリキュラムでは、経験すべき事項の各々に対して年次ごとの到達レベル（A、B、C）も示されています。

### I-4 プログラム研修を複数施設で行う考え方

●リハビリテーション医療は対象となる疾病および障害像が多彩多様であり、また急性期、回復期、維持期（生活期）と時間軸でも幅広い領域を抱えます。3年ですべての技量を十分に獲得するのは不可能ですが、用意・設定されたこの3年間はリハビリテーション医療全体をコンパクトに経験できるearly exposureの好機と考えてください。専門医資格取得後のサブスペシャリティの発見のためにも大変意義のある好機となるはずです。

●臨床医として自己を高めるため、調べる、学ぶ、探求する気持ちは生涯必要です。基本的な課題探索能力や課題解決能力は、一例一例を深く考え、広く論文収集し、論文等にまとめることで身につけますが、そのノウハウを身につけるには大学病院あるいはこれに相当する施設での一定期間の研修が欠かせません。大学等の基幹施設を軸にいくつかの連携施設をローテートする研修過程によって、偏りない理想的なリハビリテーション科専門医の育成を目指しています。

●専門研修プログラムは基幹施設（※1）、連携施設（※2）、関連施設（※3）の複数の病院施設群で構成されています。研修ローテートコースには基幹施設が必ず含まれ、連携施設を組み合わせ、必要に応じて関連施設を活用します。

※1 基幹施設： 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で、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を院内外に標榜しており、研修内容に関する日本専門医機構による監査・調査に対応できる病院または施設。

※2 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。

※3 関連施設： リハビリテーション科の指導医が常勤していないため連携施設の基準を満たさないが、リハビリテーション科専攻医の専門研修にとって様々な意味での価値があり、基幹または連携施設の指導医が定期的に訪問するなど適切な指導体制をとれば、研修プログラムの補完的役割や、ときには特殊な研修意義を担う施設。

なお、研修期間の内訳に係る必須条件として、次の3つがあります。

- 基幹施設での研修期間を原則6か月以上24か月以内とする。
- 一つの連携施設での研修期間が3か月未満とならないようにする。
- 病棟主治医経験の期間を原則12か月以上（6か月以上必須）とする。この中に回復期リハビリテーション病棟での主治医経験を6か月以上含めることを必須とする。

#### I-5 地域医療についての考え方

リハビリテーション科専門医には、地域に暮らす住民・患者・障害者の生活を守る使命があります。当研修では、専攻医のうちから地域の医療事情や課題に関心を持ち、リハビリテーション科医として何をすべきかを考え経験し、専門医取得後には当然のように地域医療活動に参加できるspecialtyやvitalityを育みます。

具体的な研修内容には、臨床現場経験（介護保険関連など）、地域医療連携活動への参加、地域医療に関する社会活動への参加、講習会/研修会参加などが挙げられ、以下の基礎を身につける、あるいは習得することが目標となります。

- 地域住民の生活活動activityや生活の質QOLを適切に評価できる力量
- それらの低下や問題点を適切に対応したり改善したりする医療技術
- リハビリテーションの見地から地域医療の問題点・課題を把握する力量
- その問題点・課題をリハビリテーションの立場で追究する研究心・研究力

リハビリテーション科専門研修カリキュラムでは、「地域医療の経験」として最低限の必須研修量を次のように専攻医に求めています。

- のべ2週間（平日勤務）以上とする。連続した勤務とは限らず、例えば月に2回を5か月以上などでもよい。

すなわち、3年間のうち最低限、平日勤務10日分相当の経験量に相当します。

## II 金沢大学拠点・北陸三県リハビリテーション科専門研修プログラムの説明

当研修プログラムは、金沢市にある金沢大学附属病院を基幹施設とし、北陸三県における10を超える一般医療施設および2つの小児医療施設から成る、三県の県境を越えた広域圏の研修プログラムです。

いくつかの連携施設はリハビリテーション医療を中心として設置された医療施設となっています。回復期リハ病棟は9施設に設置されています。充実した小児医療施設は各県に1施設ずつあり、神経難病/重度障害児の専門病院も1施設あります。3年間の研修コースとしては多様な選択枝が考えられ、専攻医の研修過程に不足領域が生じても柔軟かつ臨機応変にカバーできる規模があります。



当プログラムは、「国民が受けることのできるリハビリテーション医療の向上」、「障害者を取り巻く福祉分野での社会貢献」を理念・使命とする日本専門医機構・リハビリテーション科研修委員会監修のプログラム制度に準拠しています。また、本プログラム修了によってリハビリテーション科専門医認定の申請資格基準が満たされます。

### II-1 研修プログラムの特色

1. 大都市圏の医療風土ではなく、過疎の現実も身近に経験されるいわゆる「地方」の医療風土。オールラウンドに活躍できるリハ科臨床医の育成を目指す。
2. 垣根や派閥のない施設間相互関係。3年間のローテーションコースの選択枝が多様に考えられる。たとえば、三県のうちの一つの県で重点的に研修したい、という希望にも対応可能。
3. 金沢医科大学リハビリテーション科が基幹施設となる専門研修プログラムとも協力連携あるいは補填しあう運営体制。
4. 専攻医一人一人の臨床経験を豊富とするため、当研修プログラムが抱える指導医数や症例数に比し、募集専攻医数を少なく設定。
5. 基幹施設（大学病院）における臨床研究や学会発表等の修練の充実。

### II-2 研修内容

研修期間中は当研修プログラムの指導医が皆さんの指導・教育にあたりますが、専門研修修了後の皆さんは独り立ちのスタートを切ることになります。当研修プログラムでは「主体的に学び、考える」姿勢を身につけた、生涯にわたって高みを求め続けられる専門医育成を目指しています。当研修プログラムの指導者は、皆さんの主体的な姿勢・行動を支援しますので、当研修期間中、皆さんは決して受け身にならず、診療活動も学術活動も能動的そして積極的に進めてください。

リハビリテーション科の専攻医が習得すべき内容は、「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」では大きく以下のように分類されています。

医師に必要なコアコンピテンシー	…表 1 (1頁)
総論 I. 専門知識	…表 2 (12頁)
” II. 専門技能 (診断・評価)	… ”
” III. 専門技能 (治療)	… ”
” IV. 学問的姿勢	…表 3 (13頁)
” V. 医師としての倫理性、社会性	… ”
各論 VI. 経験すべき症例 (疾患別 8 領域)	…表 4 (14頁)

上記の大項目のうち、ここではいくつかを選んで説明を加えます。  
当研修プログラムは「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」に準拠していますので、プログラム修了に必要な3年間の課題・必須経験など、各大項目の詳細については「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」で確認して下さい。

#### ◇習得すべきコアコンピテンシー

医師に求められるコアコンピテンシー (基本的診療能力) は、態度、倫理性、社会性などにつき、次の7事項があります。 …表 1 (1頁)

##### 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

患者・家族との良好な関係をはぐくむため、および医療関係者と良質なチーム医療を推進するため、コミュニケーション能力は大変重要です。基本的なコミュニケーションは、初期臨床研修で取得されるべき事項です。リハ科専攻医としては、障害受容に関することなど心理状態への配慮も要する非常に高度なコミュニケーション能力・技術を身に付ける必要があります。

##### 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必要があります。

##### 3) 診療記録の適確な記載ができること

これは初期臨床研修で習得されるべき事項ですが、リハビリテーション科は診療技術と同等にコミュニケーション技術 (患者・家族へのわかりやすい治療説明や状況説明、あるいは患者・家族側からの説明など) にも重点を置きます。患者・家族との説明・同意の内容を混じえ、適確な診療記録記載が大変重要です。

##### 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

身体機能・認知機能の障害を持つ患者を対象とすることが多いため、倫理的な配慮をできる能力が求められます。また、対象患者の医療安全対策、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ります。

##### 5) 臨床の現場から学ぶ態度を修得すること

現場から学び続けることの重要性を認識し、身につける必要があります。

##### 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と重要性を理解し、チームリーダーとして活動できることが求められます。関連する医療スタッフとの協調、チーム内での治療方針の統一をはかる能力が求められます。また、普段から時間遵守など、基本的ルールから逸脱した行動を

しないことも大切です。

## 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る必要があります。形式的指導が実践できるよう、学生や初期研修医および後輩専攻医に受け持ち患者を担当してもらい、指導医とともに後輩医師の教育・指導も担ってもらいます。

## ◇学問的姿勢の習得について

リハビリテーション医療向上への貢献が期待されているリハビリテーション科専門医は、医学・医療の進歩に遅れることなく常に自己研鑽・自己学習し自己の技量を高めると共に、臨床研究等にも積極的に関わる必要があります。日常診療で浮かぶ疑問を主体的に学び解決しようとする姿勢や、疑問が未解明課題であれば臨床研究に参加・企画し解決しようとする姿勢が求められます。自己精進と社会貢献心の向上のため、以下のような機会を活用して下さい。 …表3（13頁）

### 臨床カンファレンス、回診

研修施設ごとに独自に週間スケジュールが組まれています。

情報共有と治療方針決定に多職種が関わるカンファレンスは、研修項目としても重要な項目であり、その運営能力はリハビリテーション医に特に必要とされる診療能力・資質です。専攻医は積極的に意見を述べ、メディカルスタッフからの意見を聴き、議論し、具体的な障害状況の把握、リハビリテーションゴール設定、退院に向けた準備などの方策を学ぶよう努めて下さい。 …表3（13頁）「マネージメント」

病棟回診・院内回診は、自科担当患者の全体像を把握できる好機です。その情報を話題に、同僚医師・メディカルスタッフとの意見交換はより活発となるものです。意見交換が多いほど、知識や経験はより深まります。また、独断的な医療スタイルに陥るリスクを回避できます。

### グループ勉強会（抄読会など）

研修施設ごとに独自に開催実施されています。基幹施設である金沢大学附属病院リハビリテーション科では、関連する他科のグループ勉強会への参加も奨励しています。参加すれば、抄読の当番制があるなど、グループ強制力の力も借りて学習の継続性を維持できます。また、グループでの勉強会は、意外な最新知識や診療Tipsなどが手軽に得られる好機となることがあり、大いに活用すべきです。

### 学術活動（学会参加、学会発表、論文投稿）

学会への積極的な参加のほか、人前での発表や論文投稿を積極的に行い、研究成果をまとめて公に伝える経験を重ね、批評も真摯に受ける姿勢を身につけてください。

表3の下に記した通り、3年間の研修期間中の必須項目として日本リハビリテーション医学会学術集会における主演者としての発表機会を2回持つこと（そのうち1回は地方会でもよい）が求められています。当研修プログラムでは、とくに基幹施設である金沢大学附属病院での研修期間中には、必ず、学会発表をするための様々なトレーニングを積んでいただきます。

### 知識・技能の習得に関するその他

- ・ 北陸三県内で開催される関連するセミナー・講習会などの開催情報は基幹施設や連携施設に集まりやすく、また、基幹施設・連携施設が主催しているものもあります。このようなセミナー等への積極的な参加は推奨します。
- ・ 経験症例数の少ない領域に関しては、習得を現場経験だけに委ねるのではなく、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 なども有効に活用してください。

- ・ 日本リハビリテーション医学会の学術集会や地方会学術集会、その他各種研修セミナーなどで下記の事柄を学んで下さい。また、各施設で実施されるこれらの講習会にも参加してください。

- 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
- 指導法や評価法などの教育技能
- 臨床研究実施に関する講習会（個人情報保護・研究倫理、利益相反含む）

#### ◇当研修プログラムにおける地域医療の経験について

リハビリテーション科専門研修カリキュラムが示す「地域医療についての考え方」（本冊子3頁）に基づき、当研修期間中に地域医療・地域連携・地域リハビリテーションなどの経験・研修ができる体制を整えています。当研修プログラムでは、規程の「最低平日勤務10日分」を十分に上回る形で用意しています。具体的には、以下のような形で地域医療の経験を積むことが可能です。

##### 臨床現場経験：

- ・ 通所リハ・訪問リハ、訪問リハ診療（介護保険）
- ・ ケアマネージャーとの意見交換
- ・ 介護認定医師意見書の記載
- ・ 住宅改修のための家屋訪問
- ・ 更生相談所事業・地域の巡回相談事業（補装具や福祉相談）への同行 など

##### その他の教育活動・社会活動：

- ・ 地域医療関連のセミナーへの参加
- ・ 病診・病病連携会議への出席（脳卒中連携パスなど）
- ・ 患者会への参加（ポリオ患者会など）
- ・ 北陸四大学リハビリテーション部門合同研究会
- ・ 北陸がんのリハビリテーション研究会 など

「Ⅱ-4. 研修プログラムを構成する施設について」（15～22頁）では、施設ごとに、提供可能な地域医療に関する研修内容にも触れています。

## Ⅱ-3 研修過程について

当プログラムの研修期間は3年間としています。ただし、3年間での修得が不十分な場合は、修得が完了するまで研修期間を延長することになります。

Subspecialty領域専門医の取得を希望する専攻医には、それに必要な教育につき、今後の動向に応じて当研修期間の中で整えていく予定です。 …Ⅱ-8（27頁）

臨床系大学院への進学希望者には、臨床研修と平行して大学院研究を開始することを推奨します。 …Ⅱ-10（28頁）



## ◇当研修プログラムの年間全体行事

(※SR:専攻医)

- 4月 専門研修開始  
研修修了SR: 専門医認定一次審査(書類提出: 日本専門医機構リハビリテーション科研修委員会宛)  
研修医および指導医に提出用資料の配布  
指導医・指導責任者: 前年度の指導実績報告用紙の提出
- 7月 研修修了SR: 専門医認定二次審査(筆記試験、面接試験)
- 9月 全SR: 研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙作成(中間報告)  
次年度専攻医の募集開始
- 11月 SR1/SR2: 次年度希望アンケート提出(専門研修プログラム管理委員会宛)
- 12月 次年度専攻医の内定
- 3月 全SR: 研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙作成(年次報告)  
全SR: 研修プログラム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(SR3分の提出は当月中、SR1/SR2分の提出は翌月)  
研修プログラム連携委員会の開催  
・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  
研修プログラム管理委員会の開催  
・SR3: 専門研修プログラム修了判定  
・次年度について

### <参考>

代表的な関連学会の開催時期(※右記の時期は目安)

○日本リハビリテーション医学会年次学術集会	6月頃
日本心臓リハビリテーション学会	7月頃
日本運動器科学会	7月頃
○日本リハビリテーション医学会北陸地方会(金沢市)	8月下旬頃
日本摂食嚥下リハビリテーション学会	9月頃
日本臨床神経生理学会	10~11月頃
○日本リハビリテーション医学会秋季学術集会	11月頃
日本義肢装具学会	11月頃
日本脊髄障害医学会	11月頃
日本高次脳機能障害学会	12月頃
○日本リハビリテーション医学会北陸地方会(金沢市)	3月上旬頃
日本腎臓リハビリテーション学会	3~4月頃

## ◇研修ローテーションコース例

基幹施設と連携施設の組み合わせでローテーションコースが決まります。  
関連施設は、個々の専攻医の研修経過次第で必要に応じ経験不足(とくに小児疾患)を補うために活用される施設であり、研修コースのなかで関連施設に一定期間常勤することはありません。

当研修プログラムの研修ローテーションコース例を以下(次頁)に示します。

	1年次		2年次		3年次	
	前半	後半	前半	後半	前半	後半
3年間3施設 (基幹12か月) の場合	基幹施設 12か月		連携施設X 12か月		連携施設Y 12か月	
	連携施設X 12か月		連携施設Y 12か月		基幹施設 12か月	
	基幹施設 6か月	連携施設X 12か月		連携施設Y 12か月		基幹施設 6か月

3年間3施設 (基幹9か月) の場合	基幹施設 9か月	連携施設X 9~12か月	連携施設Y 15~18か月	
	連携施設X 15~18か月		連携施設Y 9~12か月	基幹施設 9か月

3年間4施設 (基幹9か月) の場合	基幹施設 9か月	連携施設X 9か月	連携施設Y 9か月	連携施設Z 9か月
	連携施設X 9か月	連携施設Y 9か月	連携施設Z 9か月	基幹施設 9か月

基幹施設 重視型 の場合	基幹施設 18か月		連携施設X 9か月	連携施設Y 9か月
	連携施設X 9か月	連携施設Y 9か月	基幹施設 18か月	
	基幹施設 12か月		連携施設X 9か月	連携施設Y 9か月

(研修コースに関する付記事項)

- 基幹施設の他にローテートする連携施設は2または3施設です。各連携施設における滞在研修期間は連続9か月以上とします。なお、研修する連携施設が1つのみというコース、4施設以上というコースはありません。
- 各専攻医がどの連携施設をローテートするかは、専攻医の意向を踏まえ、専門研修プログラム委員会で最終決定します。
- 連携施設で研修中は、最低月1回の基幹施設への帰学日を設けます。
- 関連施設については、原則として、ある領域の研修量が不十分である場合に同施設での研修機会を設定します。ただし、小児領域の研修については、プログラムとして最低限求めている研修量を十分達成しているがさらに経験したい、と希望する場合は、研修全体の進捗に影響がないと判断される範囲内で小児の関連施設での研修機会を提供します。

当研修プログラムは下記の施設群で構成されています。基幹・連携・関連施設に関する説明は「I-4. 複数施設で研修を進める考え方」（2～3頁）をご覧ください。

■基幹施設

※ () は二次医療圏

(石川中央) 金沢大学附属病院

■連携施設

(石川中央) 国立病院機構 医王病院

(石川中央) 藤井脳神経外科病院

(石川中央) 石川県済生会金沢病院

(石川中央) 石川勤労者医療協会 城北病院

(能登中部) 董仙会 恵寿総合病院

(南加賀) 勝木会 やわたメディカルセンター

(富山) 富山県リハビリテーション病院

(富山) アルペンリハビリテーション病院

(砺波) 市立砺波総合病院

(福井坂井) 新田塚医療福祉センター 福井総合病院

(丹南) 寿人会 木村病院



■関連施設

(石川中央) 金沢こども医療福祉センター

(福井坂井) 福井県こども療育センター

◇年次毎の目標、年次毎の研修計画

- ・研修プログラムは、各専攻医の研修の達成目標と達成度を毎年の評価しながら進めます。指導医は日々の臨床を通して専攻医の知識・技能の習得を指導します。
- ・専攻医には、指導医の助言・指導のもと、日々の臨床を通して積極的に達成すべき項目を着々と実践していく姿勢が求められます。学会・研究会への参加は、ただ聴講するだけでなく質問などの発言や発表できるよう心がけ、関連分野においては自主的に専門知識・技能の習得を図ってください。
- ・8領域の疾患（表4、14頁）のすべてが、最低条件を満たして経験できているかを意識しながら、研修を受けてください。
- ・詳細については必ず「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」で確認して下さい。

<専攻医1年目の習得目標>

- ◆コアコンピテンシー（基本的診療能力） …表1（1頁）を参照  
7事項につき指導医の指導のもと、着実に習得を心掛ける。
- ◆専門知識・専門技能 …表2（12頁）を参照  
研修カリキュラムでAとなっている項目の概略を理解し、指導医の指導のもと、その一部を実践できる。

<専攻医2年目の習得目標>

- ◆コアコンピテンシー  
7事項につき指導医の監視のもと、効率的かつ思慮深くできる。
- ◆専門知識・専門技能

指導医の監視のもと、研修カリキュラムでAの大部分を実践でき、Bの一部を適切に判断し専門診療科と連携できる。基本的診療能力の向上に加え、基本的知識・技能を幅広い経験として増やす。診療スタッフへの指導にも参画する。特に1年目で経験できなかった技能や疾患群を把握し、その治療に積極的に参加する。

<専攻医3年目の習得目標>

◆コアコンピテンシー

7事項につき指導医の監視なしでも迅速かつ状況に応じた対応ができる。

◆専門知識・専門技能

指導医の監視なしでも、研修カリキュラムのAについて中心的な役割を果たし、Bについて適切に判断し専門診療科と連携でき、Cについては概略を理解し経験している。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する。

◇経年的な研修経験量の予想

12～14頁の表の右側では、当研修プログラムの3年間のローテーションによる研修で、同年次に3人の専攻医がいた場合、一人の専攻医が経験できる症例数（予測数）を示しています。

（ここでは、1年次を基幹施設（大学病院）で研修し、2年次、3年次を1年間ずつ連携施設で研修したコースをモデルとして提示しています）

これはあくまでも、一つの目安に過ぎません。

また実際には、必ずしもこの表のとおり経験できるわけではなく、研修コースの違いや経年的な患者層の違いなどの影響で、経験内容や量の途中経過に専攻医間の差が目立つことは避けられません。

また、目安として示した数値からわかることは、当研修プログラムの場合、経験できる症例数は、数としてだけみれば非常に多いことがわかります。3年間全体では、どの研修コースであっても、研修内容に偏りなどは生じません。

逆に、どのような症例を専攻医のみなさんに「主治医」として主体的に経験してもらうか、適切で偏りのない研修経験とするため適切に選ぶことが重要になると考えます。そのため、各専攻医は率先して自身の経験達成経過を指導者に伝えることが大切です。そのことで指導者側は、各専攻医の不足分や偏りに対して早い段階から対処することができ、適切な研修配分を考えることができます。

このように当研修プログラムには、専攻医の不足経験を迅速に補える規模があります。また、同県の「金沢医科大学研修プログラム」とも協力提携していますので、専攻医は経験達成不足の可能性などを必要以上に心配することはありません。大事なことは、専攻医一人一人が自身の研修経過を指導者に伝え、経過中の研修内容（経験技術・経験症例など）を適宜調整しながら最終的な経験内容・経験症例数に偏りが生じないようにすることです。適時に研修経過を指導医に報告しつつ、安心して研修を進めてください。

表2 専攻医が経験すべき項目（総論）

※ 左欄：数値は求められている最低限の経験数。数値に◎を記した項目は「リハビリテーションに関係が深い分野」とされ、専門研修修了の必須項目。

※右欄：当研修プログラムで3年間経験可能な症例数の目安。

総論		経験すべき 最低件数	専攻医		
			1年次	2年次	3年次
<b>I. 専門知識</b>					
	リハビリテーション医学概論	1	講義		
	機能解剖・生理学	1	経験症例に伴い随時		
	運動学	1			
	障害学	1			
<b>II. 専門技能（診断・評価）</b>					
診断	画像診断	1	100	100	200
	筋電図	◎ 1	6	0	20
	神経伝導速度	◎ 1	2	0	20
	その他の電気生理学的診断	1	2	5	20
	基礎的病理診断（筋・神経）	1	2	0	2
	超音波診断（脈管・筋骨格）	1	40	20	20
	その他（骨密度）	1	2	2	0
評価	意識障害	1	60	150	150
	運動障害	1	60	150	150
	感覚障害（疼痛含）	1	60	150	150
	言語機能（失語症、構音障害）	◎ 2	20	100	100
	認知症・高次脳機能	◎ 2	30	0	200
	心肺機能	1	100	10	100
	摂食・嚥下	◎ 2	60	100	100
	排尿	◎ 2	0	5	10
	成長・発達	1	10	0	5
	障害者心理	1	10	10	10
	歩行	1	100	200	200
	ADL・IADL	1	100	200	200
	参加制約（社会的不利）・ICF	1	20	100	100
<b>III. 専門技能（治療）</b>					
	全身管理・評価に基づく治療計画	1	400	400	400
	障害評価に基づく治療計画	1	400	400	400
	理学療法	◎ 2	400	400	400
	作業療法	◎ 2	150	150	150
	言語聴覚療法	◎ 2	30	80	100
	義肢	◎ 2	5	1	2
	装具・杖・車椅子など	◎ 2	20	40	40
	訓練・福祉機器（※自助具や環境制御装置）	◎ 2	20	40	40
	摂食嚥下訓練	◎ 2	120	120	120
	排尿・排便管理	1	0	0	10
	ブロック療法	◎ 2	30	0	30
	心理療法	1	0	0	0
	薬物療法	1	5	60	40
	生活指導	1	40	80	80

表3 経験すべき項目（総論）：前頁の続き

総論（続き）	経験すべき 最低件数	専攻医					
		1年次	2年次	3年次			
<b>IV. 学問的姿勢</b>							
科学的思考・論理的思考		経験症例に伴い随時					
・Clinical reasoning	1						
・EBMの理解・実践	1						
・ガイドライン実践	1						
生涯学習		随時（とくに大学にて）					
・医学雑誌を定期的に読む	1						
・学会・地方会の参加	◎ 3				4	4	4
・学会・地方会での発表（※1）	◎ 2				2	1	1
・学会主催の研修会への参加	◎ 2				2	2	2
・医学研究倫理の会得	1						
・医学研究COIの理解	1						
・基礎研究の論文等を理解できる	1						
・臨床研究の立案と実施	1						
・適切な学会発表	1						
・適切な医学論文作成	1						
<b>V. 医師としての倫理性・社会性 など</b>							
医事法制		研修経験・症例経験などを 通じ随時					
・医師法、医療法、医療保険制度	1						
・身体障害者に対する法制度	1						
・介護保険制度	1	研修経験・症例経験などを 通じ随時					
医療経済	1						
医療倫理（研修会参加）（※2）	◎ 1				1	1	1
医療安全（研修会参加）（※2）	◎ 1				1	1	1
医療倫理・安全（理解と実践）	1						
医師としての態度							
・患者家族とのコミュニケーション	1						
・時間や約束の厳守	1						
・チーム医療での協調性	1						
・責任感と誠実性	1						
マネジメント							
・チーム医療の構成と管理	1						
・リーダーシップ	1						
地域連携							
・社会資源の把握	1						
・連携マネジメント	1						

（※1） リハビリテーション科専門医の認定要件の一つに「日本リハビリテーション医学会における主演者の学会抄録2篇を有すること」とある。なお、2篇のうち1篇は、同医学会の「地方会」での主演者でもよい。

（※2） 「医療倫理」「医療安全」の研修会は、日本リハビリテーション医学会の年次学術集会（春および秋期）内で開催されるものを指す。

表4 疾患別8領域：経験すべき具体的症例と数。右は経験可能な症例数の目安。

各論：VI 経験すべき8領域	経験すべき 最低症例数	専攻医		
		1年次	2年次	3年次
(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など	15			
脳血管障害	13	15	100	60
外傷性脳損傷	2	3	10	5
(2)外傷性脊髄損傷	3			
※脊髄梗塞、脊髄腫瘍、脊椎腫瘍等が原因 なった対麻痺・四肢麻痺でもよい。		3	3	3
(3)以下含む運動器疾患・外傷	22			
関節リウマチ	2	2	2	2
肩関節疾患（周囲炎、腱板断裂等）	2	10	30	30
変形性関節症（下肢）	2	20	50	30
骨折	2	10	50	30
骨粗鬆症	2	10	10	10
腰痛・脊椎疾患	2	50	20	10
その他				
(4)以下含む小児疾患	5			
脳性麻痺	2	(10)	2	1
その他				
(5)神経筋疾患	10			
パーキンソン病	2	2	2	2
脊髄小脳変性症		(3)	0~1	0~1
多発性硬化症		(3)	0~1	0~1
筋萎縮性側索硬化症		(10)	0~1	0~1
多発性神経炎		3	2	2
ポストポリオ症候群		(5)	0~1	0~1
末梢神経障害		5	5	5
筋ジストロフィー		(5)	0	0
(6)切断	3			
		3	3	3
(7)内部障害	10			
呼吸器疾患	2	50	20	5
心・大血管疾患	2	30	10	2
末梢血管疾患	1	30	5	2
その他（DM,CKDなど）	2	50	20	10
(8)その他	5			
廃用症候群	2	30	20	5
がん	1	30	20	2
疼痛性疾患（CRPSなど）		10	10	2
皮膚疾患（浮腫、熱傷、潰瘍など）		10	5	2
認知症		5	20	10
精神疾患（身体表現性障害含む）		4	4	4
計	75			

左欄の数値は、専攻医自らが主治医（あるいはそれ相当）としてリハビリテーション医療経験をすべき最低限の症例数を示す。これは研修修了の必須要件であり、上記した75経験例数を必ず含む、最低100症例の主治医経験が必要。○は、関連施設なども活用し経験できる数

## Ⅱ-4 研修プログラムを構成する施設について

### ◇各施設（基幹施設と連携施設）の概覧

#### 経験できるphase（急性期・回復期・維持期）と、経験できる主な項目の年間件数

※数字は各施設における1年間の概算実績症例件数（按分した数ではない）を示す。

基 金沢大学附属病院	5 恵寿総合病院	10 福井総合病院
1 医王病院	6 やわたメディカルセンタ	11 木村病院
2 藤井脳神経外科病院	7 富山県リハ病院・こども	
3 石川県済生会金沢病院	8 アルペンリハ病院	
4 城北病院	9 市立砺波総合病院	

	基	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
急性期リハ(周術期リハ含む)	●	×	●	●	●	●	●	△	×	●	●	●
回復期リハ	×	×	●	●	●	●	●	●	●	×	●	●
維持期（生活期）リハ	△	●	●	●	●	●	●	●	△	●	●	●
(1)脳血管障害・外傷性脳損傷等	100	-	350	550	360	300	200	320	200	920	600	180
(2)脊椎脊髄疾患・脊髄損傷	250	-	20	400	16	100	50	26	2	300	640	35
(3)骨関節疾患・骨折	600	10	250	400	420	600	100	220	84	990	1200	150
(4)小児疾患	(80)	180	-	5	-	20	30	30	-	-	10	-
(5)神経筋疾患	100	240	20	70	26	50	20	190	2	55	40	50
(6)切断	(40)	-	-	6	6	6	3	4	2	8	6	2
(7)内部障害	1200	-	-	280	460	400	50	40	-	-	220	50
(8)その他(廃用・がん・疼痛等)	700	120	100	280	280	300	30	16	16	940	240	30
電気生理学的診断	20	50	-	5	20	70	50	130	-	-	300	10
言語機能評価	180	70	100	300	400	200	100	100	55	50	110	100
認知症・高次脳機能の評価	200	50	100	200	700	400	200	60	130	100	220	100
摂食・嚥下の評価	280	150	100	200	140	200	100	150	60	50	100	80
排尿の評価	10	-	-	-	100	-	50	50	300	-	10	50
装具・杖・車椅子の処方	30	50	50	200	100	200	100	820	70	40	1000	500
訓練・福祉機器	5	50	-	20	50	100	100	40	40	1	10	10
ブロック療法	40	1	-	20	10	150	30	260	5	15	300	20

● 経験できる

△ 経験できるが充分とはいえない

×または- 研修不能。あるいは研修に値する規模などが無い

()は、関連施設も活用することで経験できる数



## 各施設の研修設備の概況

- |              |               |           |
|--------------|---------------|-----------|
| 基 金沢大学附属病院   | 5 恵寿総合病院      | 10 福井総合病院 |
| 1 医王病院       | 6 やわたメディカルセンタ | 11 木村病院   |
| 2 藤井脳神経外科病院  | 7 富山県リハ病院・こども |           |
| 3 石川県済生会金沢病院 | 8 アルペンリハ病院    |           |
| 4 城北病院       | 9 市立砺波総合病院    |           |

	基	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
リハ外来診療研修	●	●	●	●	●	●	●	●	(△)	●	●	●
病棟研修：回復期病床	×	×	●	●	●	●	●	●	●	×	●	●
病棟研修：一般病床	×	×	×	×	×	(●)	●	●	×	×	●	●
病棟研修：療養病床	×	×	●	×	●	(●)	×	×	×	×	×	●
脳血管リハビリテーション料	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
運動器リハビリテーション料	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
心・大血管リハビリテーション料	●	×	×	×	●	●	●	×	×	●	×	×
呼吸器リハビリテーション料	●	●	×	●	●	●	●	×	×	●	●	●
障害児者リハビリテーション料	×	●	×	×	×	×	×	●	×	×	×	×
難病患者リハビリテーション料	×	●	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
がん患者リハビリテーション料	●	×	×	×	×	●	×	×	×	●	●	×
訪問リハビリテーションの経験	×	×	×	×	●	●	●	●	(△)	×	×	●
通所リハビリテーションの経験	×	×	●	×	●	●	●	×	(●)	×	●	●
老健施設の経験	×	×	×	×	×	●	×	×	(●)	×	●	×

●：十分経験できる    △：経験できるが十分ではない    ×：ほぼ経験できない  
 ( )は、併設施設での経験を示す。

## そのほか、リハに関連のある併設施設・設備など（専攻医研修に有用なもの）

	関連ある併設施設等	備考
金沢大学附属病院	運動機能先進ドッグ	精神科作業療法
医王病院		小児難病病棟・神経難病病棟
藤井脳神経外科		
済生会金沢	石川県リハビリテーションセンター	
城北病院	在宅往診専門クリニック	
恵寿総合病院	健康増進施設, 療養病床施設, 障害者授産施設	
やわたメディカル	健康増進施設	心疾患リハ連携の充実
富山県リハ病院	高次脳機能障害支援センター	重度障害児者の在宅支援
アルペンリハ病院	クリニック（在宅往診、訪問看護、等）ほか	
市立砺波総合病院		ITB 治療
福井総合病院	高次脳機能障害支援センター, 介護老人福祉施設	
木村病院	小規模多機能施設, 認知症老人対応型共同生活施設	

◇各施設の週間スケジュール

国立大学法人 **金沢大学附属病院** リハビリテーション科

	AM	PM
月	病棟回診・新患外来	再診・検査・ブロック等
火	カンファレンス 病棟回診・新患外来	再診・検査・ブロック等
水	再診・検査・ブロック等	臨床研究
木	カンファレンス 病棟回診・新患外来	最新・検査・ブロック等
金	再診・検査・ブロック等	臨床研究, (夕)整形外科カンファレンス

ほか：心疾患リハ専門外来（循環器科 Dr） ---木曜午前  
 装具・義肢外来 ---木曜午前  
 整形外科術後療法回診 ---木曜夕方

独立行政法人国立病院機構 **医王病院** リハビリテーション科

	AM	PM
月		病棟業務
火		外来業務, VF/VE検査
水	カンファレンス 外来業務	VF/VE検査
木	病棟症例検討会	病棟業務
金	外来業務	病棟業務

医療法人博洋会 **藤井脳神経外科病院** リハビリテーション科

	AM	PM
月		
火		外来・病棟業務
水	外来・病棟業務	カンファレンス
木		各種検査など
金		

石川県済生会**金沢病院** リハビリテーション科

	AM	PM	
月		整形回診・整形症例検討会	
火	ミーティング 外来業務 回復期病棟業務（～17:00）	カンファレンス	
水			診療部会
木			抄読会・勉強会
金			

土曜業務（月2回，午前のみ）：回復期病棟業務

公益社団法人石川勤労者医療協会 城北病院 リハビリテーション科

	AM	PM
月	外来（嚙下・装具・リハビリ）	VE, 病棟, 医局会議, 装具カンファレンス
火	外来（嚙下・装具・リハビリ）	VE, 病棟
水	朝会	VE, 病棟
木		
金	外来（嚙下・装具・リハビリ）	VF, 回診, 嚙下カンファレンス

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 リハビリテーション科

	AM	PM
月	外来（新患）	回復期病棟回診（整外） 抄読会
火	施設訪問	回復期病棟回診（脳外・神内）
水	外来（新患）	痙縮治療外来 脳卒中新患カンファレンス
木	外来（再診・装具外来）	嚙下外来・VE/VF 認知症回診
金	外来・訪問・プール訓練	

特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター リハビリテーション科

	AM	PM
月	回復期病棟業務 ・カンファレンス、申し送り ・回診 ・新患診察・新患カンファレンス	回復期病棟業務 ・初期、中間カンファレンス ・病状説明 VF/VE、ボツリヌス治療、EMG
火		
水		
木		
金		

水・金（午後）：リハ科外来

土（第1, 第3のみ）：回復期病棟業務

富山県リハビリテーション病院・こども支援センター

	AM	PM
月	回復期病棟（～17:00） 外来	ミーティング
火		入院時カンファレンス, 嚙下カンファレンス
水		入院時カンファレンス
木		入院時カンファレンス, 装具外来
金		入院時カンファレンス

医療法人社団アルペン会 アルペンリハビリテーション病院リハビリテーション科

	AM		PM
月	回復期病棟業務 ・申し送り、回診 ・新入院患者合同評価、診察 ・家族カンファレンス ・装具処方（火曜日）、VF/VE 外来（入院相談、再診）	カンファレンス	回復期病棟業務
火			・新入院患者合同評価、診察
水			・家族カンファレンス
木			・装具処方（金曜日）、VF/VE
金			外来（入院相談、再診、ポツリヌス治療）

土、日、祝日も週日と同量のリハ医療を実施している。土曜にはリハ科医が出勤し、入院を受け入れて合同評価を行い、カンファレンス、家族カンファレンスを開催する。

専門外来：整形外科（金曜午後）、泌尿器科（土曜午前）、循環器内科（水曜午後）、皮膚科（月1回）

市立砺波総合病院 リハビリテーション科

	AM		PM
月	外来（ITBリフィル含む） 嚥下造影検査 水：ポツリヌス治療外来		
火			地域包括ケア病棟カンファレンス、嚥下回診
水			がんリハカンファレンス
木			
金			地域包括ケア病棟カンファレンス

一般財団法人新田塚医療福祉センター福井総合病院 リハビリテーション科

	AM			PM	
月	rTMS	回復期病棟（～17:00） 火：カンファレンス、総回診	rTMS	VF、物忘れ外来、装具カンファレンス	
火				NST回診	
水				VF/VE	
木				高次脳機能外来、合同カンファレンス	
金				抄読会	脳卒中リハ外来

福井県医療法人寿人会 木村病院 リハビリテーション科

	AM		PM
月	外来・病棟業務		外来・病棟業務 カンファレンス 各種検査など
火			
水			
木			
金			

## ◇基幹施設・各連携施設のそれぞれの特色

### <基幹研修施設>

#### 国立大学法人 **金沢大学附属病院** リハビリテーション科

〒920-8641 石川県金沢市宝町 13-1

電話 076-265-2000 (代表)

##### 【指導スタッフ】

指導責任者： 八幡徹太郎 (科長, 研修プログラム代表責任者)

指導医： 八幡徹太郎

指導医： 染矢富士子 (保健学科作業療法学専攻教授・リハ科専門医)

指導医： 中川 敬夫 (保健学科理学療法学専攻教授・リハ科専門医)

##### 【研修施設としての特色】

- ・急性期リハ、周術期リハ、がん患者リハ
- ・学術活動, 研究活動の推奨

当院ではリハビリテーションの入院病棟研修はないが、年間3,000件に達する入院患者のリハ紹介があるため、疾患・病態のいずれでも大変に多様性の富むリハビリテーション臨床経験ができる。他施設で症例豊富な脳血管障害はむしろ少ない。周術期リハ(心臓手術・大血管手術・肺葉切除・食道癌手術など)が多く、その体制は20年以上にわたり維持されてきた。2017年度からICUにPTを常駐させている。がん拠点病院であり、がん患者のリハ紹介数も豊富である。下肢義足については、すでに生活期となった膝上切断肢の義足ユーザーが当院に集まる。強皮症や間質性肺炎に対するリハビリテーションは臨床研究テーマを兼ねて行っており、全国的に比類ない特色である。週刊スケジュールでは、症例検討カンファレンス週2回(Dr、PT、OT、ST)、新患報告会週2回(Dr)、病棟回診(週3回)、整形外科疾患検討会(Dr、PT、OT)を定期開催するほか、各病棟での合同臨床カンファレンス(Dr、Ns、担当セラピスト)、各診療科の勉強会・抄読会などは自由に参加可能としている。当研修プログラム構成施設の中にあつて基幹施設の最大の役割としているのは臨床研究や学会参加を精力的に行う環境であり、専攻医に意欲あればこれを積極的に支援する考えである。

【リハ科病床】 なし

### <連携研修施設>

#### ※11施設(石川県6、富山県3、福井県2)

#### 独立行政法人国立病院機構 **医王病院** リハビリテーション科

〒920-0192 石川県金沢市岩出町ニ 73-1

電話 076-258-1180

##### 【指導スタッフ】

指導責任者： 高橋 和也 (第一診療部長)

指導医： 高橋 和也

指導医補佐： 本崎 裕子 (常勤リハ科専門医)

##### 【研修施設としての特色】

- ・障害児(者)リハ、重症心身障害児
- ・難病患者リハ、神経変性疾患
- ・ロボットスーツによるリハビリテーション治験施設

重症心身症児(者)、神経難病患者及び筋ジストロフィー患者を中心とする療養型

病院で全 310 床を有し、他施設にはないリハビリテーション診療を特色とする。人工呼吸器装着患者 100 名を越える呼吸理学療法体制についても、他施設では経験できない。特に筋ジストロフィー患者や神経難病患者への呼吸理学療法には力を入れており、呼吸器内科医を中心とした RST とともにチーム医療を行い全国でも有数のレベルとなっている。リハビリテーションは入院患者および外来患者に行っており、PT6、OT4、ST2、臨床心理士 3 名で担当している。外来では発達障害児の OT および ST のチームアプローチを行っているのが特色であり、また、障害者支援施設としてデイサービスやショートステイも受けている。

【リハ科病床】なし

#### 医療法人博洋会 藤井脳神経外科病院 リハビリテーション科

〒920-0362 石川県金沢市古府 1 丁目 150 番地 電話 076-240-3555 (代表)

##### 【指導スタッフ】

指導責任者： 藤井 博之 (病院長)

指導医： 藤井 博之

##### 【研修施設としての特色】

- ・急性期リハ、回復期リハ、生活期リハ
- ・重症リハ患者の受け入れ

当院は診療科として脳神経外科、整形外科、外科、循環器内科、リハビリテーション科を標榜し、病床数 105 床、外来患者数 130~150 人/日、リハビリテーション科診療患者数 220 人/日にのぼる。リハビリテーション職員は PT9 人、OT7 人、ST3 人、MSW2 人で構成される。急性期病棟、回復期病棟、それぞれに適した医療及び療養環境を整備し、殊に石川県脳卒中リハビリテーションのネットワークの中で、急性期病院で初期治療を行われた重症患者の受け入れも積極的に行い、回復期病棟を有効に運営する役割を担っているのが特徴である。高齢化社会に向け、リハビリテーション機能のさらなる充実と職員の資質向上を図りながら、患者及び地域住民の生活を支えるよう努力している。

【リハ科病床】回復期病床 40 床 (ほか関連病床として緩和ケア病棟 25 床)

#### 石川県済生会金沢病院 リハビリテーション科

〒920-0353 石川県金沢市赤土町ニ 13-6 電話 076-266-1060 (代表)

##### 【指導スタッフ】

指導責任者： 岸谷 都 (リハビリテーション部部长・診療部长)

指導医： 岸谷 都

指導医： 川北 整 (診療部长)

##### 【研修施設としての特色】

- ・急性期リハ、回復期リハ、生活期リハ
- ・石川県リハビリテーションセンター

当院は 260 床の二次救急医療機関である。特に脊椎・骨関節疾患の手術件数が多く、その急性期から回復期のリハビリテーションを担当している。また、県内の救急医療機関より脳血管障害の症例は連携パスを活用して紹介され、年間約 50 例を受け入れている。回復期病棟は年間 260 例を受け入れ、自宅復帰率は 82%にのぼる。脳血管障害、運動器のリハ処方のほか、糖尿病、慢性腎不全 (透析例)

の内部障害のリハビリテーションを内科と連携して行っている。緩和ケア病棟が28床あり、がんのリハビリテーションを積極的に提供していることも特色である。スタッフ体制はリハ科専門医2、PT19、OT10、ST5名から成り、院内に訪問看護ステーションがあり、そこにもPT4、OT2名を配置し生活期リハにも力を入れている。さらに、隣接する石川県リハビリテーションセンター（岸谷指導医が次長を併任）とも連携し、障害者へより自立的な生活を提案するよう福祉用具、住環境調整に重点を置く医療活動を展開している。

【リハ科病床】 回復期病床45床（ほか関連病床として緩和ケア病棟28床）

#### 公益社団法人石川勤労者医療協会 **城北病院** リハビリテーション科

〒920-8616 金沢市京町20番3号 電話 076-251-6111 (代表)

##### 【指導スタッフ】

指導責任者： 中崎 聡（リハビリテーション科医長）

指導医： 中崎 聡

指導補佐： 笛吹 亘（医長、常勤リハ科専門医）

##### 【研修施設としての特色】

・急性期リハ、回復期リハ、生活期リハ

・地域医療、在宅往診

当院は、高度な医療要求に応えられる技術集積と教育・研修機能を備えながら、地域の病院としてのかかりやすさを追究している。また、公益法人として無料低額診療事業を行い「差額ベッド代」を徴収していない。救急施設、内科急性期病床、外科急性期病床、回復期病床、亜急性期病床、慢性期病床（療養病床）を有し、回復期病棟だけでなく、すべての病棟、外来でリハビリテーションを行っており、幅広い病期の視点でのリハ研修が可能である。リハ科スタッフは専門医2、PT28、OT23、ST8、助手4名で構成される。365日リハを行い、訪問リハも行っている。在宅往診専門の城北クリニックが隣接し、介護保険の通所系サービスや訪問系サービスステーションが同施設内にある。地域に根ざし、地域を支えるリハビリテーションをコンセプトとしており、そういった研修が行いやすい環境がある。

【リハ科病床】 回復期病床46床（ほか関連病床として療養病床90床）

#### 社会医療法人財団董仙会 **恵寿総合病院** リハビリテーション科

〒926-8605 石川県七尾市富岡町94 電話 0767-52-3211 (代表)

##### 【指導スタッフ】

指導責任者： 川北慎一郎（リハビリテーション科科長、副院長）

指導医： 川北慎一郎

##### 【研修施設としての特色】

・急性期リハ、回復期リハ、生活期リハ

・障害者授産施設などの関連施設

能登地区の救急医療の要となる病院として、数多くの脳卒中や骨折などの急性期疾患、肺炎や心疾患などの内科疾患の急性期リハが豊富である。回復期病棟では院内転棟だけではなく他施設からの転院も引き受け、365日リハを実施している。また、けいじゅヘルスケアシステムとして、療養型病床・障害者施設・高齢者施設・健康増進施設などリハと関係の深い多数の関連施設を保有するため十分量の

生活期リハを経験できる。障害者の授産施設があることや、健康増進施設を利用して生活機能改善アプローチを研究していることは当施設の特徴である。そのほか、急性期リハ室と回復期リハ室が別々に設置されているのも特徴である。

【リハ科病床】 回復期病床 47 床

**特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター リハビリテーション科**

〒923-8551 石川県小松市八幡イ 12 番地 7 電話 0761-47-1212 (代表)

【指導スタッフ】

指導責任者： 池永 康規 (リハビリテーション科科长)  
指導医： 池永 康規  
指導医： 西村 一志 (副院長)  
指導補佐： 三苫 純子 (常勤リハ科専門医)

【研修施設としての特色】

- ・急性期リハ、回復期リハ、生活期リハ
- ・心疾患リハ (循環器科)

当院の入院リハビリテーション医療の歴史は前身の「加賀八幡温泉病院」から続く 30 年以上の歴史があり、医師、看護師、PT、OT、ST、MSW による入院リハビリテーションチーム医療のモデルとして、依然として北陸の牽引的存在である。近年は超急性期から回復期、在宅に至るまで一貫した医療を行い、チーム医療では薬剤師、管理栄養士などもルーチンに加わり、365 日リハを実施し、質・量ともに充実した治療を提供している。回復期病棟は訓練室と同一フロアに配置し、家庭生活を想定した治療を行える構造となっている。同一施設で在宅サービスも提供しているため在宅支援も研修できるほか、健康増進や生活習慣病予防事業を担う隣接する健康増進施設「ダイナミック」とも連携しているため、リハの立場から「予防医学」にも関心を持てる。さらに、心疾患リハの周辺施設との連携体制は全国的にも有名であり、その全 Phase を一施設で経験できる。

【リハ科病床】 97 床 (うち回復期病床 43 床)

**富山県リハビリテーション病院・こども支援センター**

〒931-8517 富山県富山市下飯野 36

電話 076-438-2233

【指導スタッフ】

指導責任者： 坂本 尚子 (リハビリテーション科部長)  
指導医： 坂本 尚子  
指導医： 吉野 修 (医長)  
指導補佐： 野村 忠雄 (非常勤、指導医・リハ科専門医、専門：小児)  
指導補佐： 橋本二美男 (病院長、リハ学会認定臨床医)

【研修施設としての特色】

- ・回復期リハ、生活期リハ
- ・高次脳機能障害者支援
- ・障害児 (者) リハ

平成 28 年 1 月、旧・富山県高志リハビリテーション病院、富山県高志通園センター、富山県立高志学園の 3 施設が統合再編された。病院では回復期から生活期を中心とした脳血管疾患、脊髄疾患、骨関節疾患、神経変性疾患のリハビリテー



ションを研修できる。訪問看護ステーションでは障害児者の訪問看護・訪問リハを全県下に展開し、高次脳機能障害者の支援センターもある。肢体不自由施設は北陸三県下最大クラスであり、富山県下の脳性麻痺児や重度心身障害児、発達障害が多く集まる施設である。再編後はさらに NICU から児童までのリハビリテーションと在宅復帰支援体制が構築され、低出生体重児もカバーする施設に規模拡大するため、小児リハ研修の経験幅がさらに拡大する。当施設では、回復期から生活期の標準的なリハ研修が豊富であるほか、生活期の高次脳機能障害者の支援医療、障害児者の訪問リハ、そして小児リハ（重度心身障害児、発達障害児）の研修を豊富に積む事が可能である。

【リハ科病床】 80床（うち回復期病床60床）

**医療法人社団アルペン会 アルペンリハビリテーション病院 リハビリテーション科**

〒931-8442 富山県富山市楠木 300 電話 076-438-7770

【指導スタッフ】

指導責任者： 山口 昌夫（病院長）  
指導医： 山口 昌夫  
指導医： 浅野 裕（診療部長）  
指導補佐： 室谷ゆかり（常勤、リハ学会認定臨床医）

【研修施設としての特色】

- ・回復期リハ、生活期リハ
- ・地域医療・介護

当院は回復期リハビリテーション専門の全室個室 60 床の病院で、病室は右片麻痺用と左片麻痺用が半々に配置され、差額室料対象は 11 床である。重症者を積極的に受け入れ、平成 15 年度の入院患者は 326 人で、うち脳血管疾患 215 人、運動器疾患 93 人、廃用症候群 17 人であり、平均在院日数は 62.6 日、在宅復帰率は 90% である。専門医 2 名、臨床認定医 2 名が常勤で勤務し、理学療法士 33 名、作業療法士 18 名、言語聴覚士 5 名を擁する。徹底した情報共有を基にチームワークによるサービスを提供し、VE・VF 検査を踏まえた嚥下療法、促通反復療法（川平法）、ロボットリハ、回復期早期からの装具療法を推し進めている。一方、三次元動作分析装置による歩行分析を臨床評価に利用している。通所リハを併設し、訪問リハも行い、同法人のクリニックからの在宅往診、訪問看護、訪問介護、さらに同系列の介護福祉施設などによる生活期リハに引き継ぎ、退院後の経過観察に結び付けている。

【リハ科病床】回復期病床 60 床

**市立砺波総合病院 リハビリテーション科**

〒939-1395 富山県砺波市新富町 1-61 電話 0763-32-3320（代表）

【指導スタッフ】

指導責任者： 高木 泰孝（主任部長）  
指導医： 高木 泰孝  
指導補佐： 中波 暁（医長・常勤リハ科専門医）

【研修施設としての特色】

- ・急性期リハ、生活期リハ

・ ITB 療法

富山県西部の砺波地区 15 万人医療圏の中核病院である。急性期病院として ICU から亜急性期、そして地域へつなぐリハビリテーションまで幅広く行っている。リハビリテーション科の入院施設はないが、年間診療実績にあるように患者数は極めて豊富である。バクロフェン髄腔内投与療法（ITB 療法）については北陸三県下で最も施行患者数が多い。北陸三県内から紹介患者が集まり、infusion pump の留置からその後のリフィルまでを一施設でフォローしている施設としては全国に比類なく、ITB 療法の全貌を理解するのに大変環境が整っていることが最大の特色である。また、富山県下で初めてとなる脊椎疾患センター（当プログラム指導責任者が責任者を務める）があることから、外傷性脊髄損傷をはじめ脊椎疾患患者のリハビリテーションも豊富に経験することができる。

【リハ科病床】なし

一般財団法人新田塚医療福祉センター福井総合病院 リハビリテーション科

〒910-8561 福井県福井市江上町 58-16-1 電話 0776-59-1300

【指導スタッフ】

指導責任者： 小林 康孝 （リハビリテーション科部長）  
指導医： 小林 康孝  
指導補佐： 佐藤万美子 （常勤リハ科専門医）  
指導補佐： 林 広美 （常勤リハ科専門医）

【研修施設としての特色】

- ・ 急性期リハ、回復期リハ、生活期リハ
- ・ リハビリテーション支援センター（県からの委託）
- ・ 高次脳機能障害支援センター（県からの委託）

当院は福井市の中核病院として機能する総合病院である。急性疾患、慢性疾患ともに多種多様の症例が経験でき、また、急性期から回復期病棟をへて自宅退院まで住宅改修等もあわせた全ステージの研修が可能である。脳疾患領域と整形外科領域が多いが、リハビリテーション科は発症早期から関与するため早期評価と早期目標設定を経験できる。「脳卒中リハビリ外来（手の麻痺支援部門・歩行支援部門）」を開設しており、生活期リハとしてCI療法やrTMS療法、ボツリヌス治療等を積極的に行っている。福井県高次脳機能障害支援センターならびに福井県リハビリテーション支援センターを開設しており、脳外傷や脳卒中後の高次脳機能障害に早期から関わることで社会復帰支援を行い、さらに広域支援センターとの協力体制もある。このようなセンター事業を通じて生活期リハを研修できる特色は、他施設には少ない。

【リハ科病床】 急性期病床 11 床、回復期病床 42 床

福井県医療法人寿人会 木村病院 リハビリテーション科

〒916-0025 福井県鯖江市旭町 4-4-9 電話 0778-51-0478

【指導スタッフ】

指導責任者： 木村 知行 （院長）  
指導医： 木村 知行

【研修施設としての特色】

- ・急性期リハ、回復期リハ、生活期リハ
- ・地域密着型

当院は、鯖江市の地域密着型の病院である。『病気を診ずして病人を診よ』を基本理念とし、和と信頼と人間愛をモットーに患者様の立場に立ち、患者様がより安心して医療を受けられるよう日々努力している。急性期、慢性期とも多種多様な疾患を診療することが可能である。当院には磁気刺激装置があり、rTMS（※臨床研究協力施設として登録）と集中的作業療法を行っている、また近年はボツリヌス療法を併用し、痙縮治療を積極的に行っている。大腿骨頸部骨折や脳血管疾患の福井県下の連携パス運用に参加しているため、病院連携について研修できる。また、消化器疾患術後や肺炎後などの廃用症候群に対しても積極的なリハビリテーションを行っている。寿人会グループとしては訪問リハセンター、ディケア、介護療養型医療施設もある。そのため、高齢者を含む地域密着型リハを急性期から生活期まで幅広く研修できる。

【リハ科病床】 回復期病床 30床

### <関連研修施設> ※小児2施設（石川県1、福井県1）

#### 社会福祉法人石川整肢学園 金沢こども医療福祉センター

〒920-3114 石川県金沢市吉原町口6番地2

電話 076-257-3311

脳性麻痺、ダウン症、自閉症、広汎性発達障害、ADHD、運動精神発達の遅れ、二分脊椎、整形外科的疾患、その他先天性疾患や遺伝性疾患など、障害児の医療および学業・生活支援を提供する施設として石川県の中心的な役割を担う施設であり、小児リハに関する研修経験が豊富にできる施設である。障害児の入所支援や在宅支援施設を兼ね備えている。

指導担当： 八幡徹太郎（当研修プログラム総括責任者）、高橋和也（医王病院）

施設責任者・指導補助：

櫻吉啓介（センター長、専門：小児整形疾患等）

#### 福井県こども療育センター

〒910-0846 福井県福井市四ツ井2-8-1

電話 0776-53-6570

（※福井県立病院併設）

乳幼児の発達健診、脳性麻痺や整形疾患などの障害児の療育支援・機能訓練・補装具処方などを行う、福井県下最大規模の施設であり、小児リハに関する研修経験が豊富にできる施設である。医療型障害児入所施設や児童発達支援センターも備わっている。

指導担当： 小林康孝（福井総合病院）、木村知行（寿人会木村病院）

施設責任者・指導補助：

有澤彰子（常勤・リハ科科长）、村田淳一（常勤・整形外科科長）、  
山口朋子（非常勤、福井大学助教・リハ科専門医）

## II-5 専攻医の就業環境

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ます。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います。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、勤務開始の時点で説明を行います。

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、その内容は当専門研修プログラム管理委員会に報告されます。その報告内容には、労働時間、当直回数、給与など、労働条件について事項が含まれます。

### <施設就業環境（基幹病院および各連携施設）>

基 金沢大学附属病院	6 やわたメディカルセンター
1 医王病院	7 富山県リハビリテーション病院・こども支援センター
2 藤井脳神経外科病院	8 アルペンリハビリテーション病院
3 石川県済生会金沢病院	9 市立砺波総合病院
4 城北病院	10 福井総合病院
5 恵寿総合病院	11 寿人会 木村病院

○あり ×なし

就労者支援制度・設備など	基	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
宿舎（月額負担有を含む）	×	○	○	×	○	○	○	×	△	×	×	×
住宅手当補助 (※)	×	○	×	○	○	○	○	×	×	○	○	×
専攻医の専用室	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
専攻医の専用机	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
カンファレンス室	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
図書室	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
女性専用の更衣室	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	○	×
女性専用の当直室	○	×	×	○	○	○	×	○	×	×	×	×
保育施設（日中）	○	×	×	○	○	×	×	×	△	○	○	×
夜間保育施設	○	×	×	○	○		×	×	×		×	×
学会等の参加費補助 (※※)	×	○	×	○	○	○	○	×	○	○	○	○
健康診断	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
給与		各施設の規程(公立は公務員規程)に準ずる										

(※) 条件・内容は施設によって異なります。

(※※) 基本的には、発表者に対する補助です。

<処遇（基幹病院および各連携施設）>

○基幹施設

金沢大学附属病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤（医員）

勤務形態：月～金 8:30～17:30

当直宿直：有（月 1～2 回）

休 暇：年次有給休暇あり、夏季休暇・年末年始休暇あり

社会保険：国家公務員共済組合法に基づく共済組合に加入

○連携施設：石川県（6施設）

国立病院機構 医王病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤、非常勤

勤務形態：常勤は1日7時間45分

当直宿直：有（平均月2回）

休 暇：年次有給休暇20日、夏期休暇3日

社会保険：常勤は国家公務員共済組合に加入、非常勤は協会けんぽに加入

博洋会 藤井脳神経外科病院リハビリテーション科

雇用形態：非常勤

勤務形態：8:30～17:30、週5日勤務

当直宿直：有（平均月4回）

休 暇：年次有給休暇20日、夏期休暇3日

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等（非常勤職は無）

石川県済生会金沢病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：月～金 8:30～17:00、土曜隔週勤務（第5土曜休み）

当直宿直：有（平均月2回）

休 暇：年次有給：勤務6か月経過後10日、夏期休暇5日間、年末年始休み

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等

石川勤労者医療協会 城北病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：月～金

当直宿直：有（月約4回、当直明け休暇あり）

休 暇：年次有給13～16日（日数は年次による）、夏期冬期休暇2日ずつ

社会保険：公国健康保険協会管掌健康保険、厚生年金、雇用保険、労災保険

薫仙会 恵寿総合病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：8:30～17:30、週5日勤務

当直宿直：有（平均月1～2回）

休 暇：年次有給休暇10日程度、夏期休暇3日

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等

勝木会 やわたメディカルセンター リハビリテーション科

雇用形態：常勤医員

勤務形態：月～金

当直宿直：応相談

休 暇：年次有給：勤務3ヶ月経過後10日、夏期8月15-16日、年末年始

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等

○連携施設：富山県（3施設）

富山県リハビリテーション病院・こども支援センター リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：8:30～17:15、週5日勤務

当直宿直：有（平均月3回）

休 暇：年次有給休暇20日程度、夏期休暇5日

社会保険：全国健康保険協会の健康保険、厚生年金、雇用保険、労働災害保険

医療法人社団アルペン会 アルペンリハビリテーション病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤/非常勤

勤務形態：常勤は1日8時間、勤務日（4日/月～土）/非常勤は応相談

当直宿直：有（平均週1回）/非常勤は応相談

休 暇：年次有給休暇（勤務6ヶ月経過後10日）

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等/非常勤は労働時間に応じ加入

市立砺波総合病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：8:30～17:15、週5日勤務、

当直宿直：有（平均月3回）

休 暇：年次有給休暇年間20日、夏期休暇5日間

社会保険：地方公務員共済組合保険、公務災害保険

○連携施設：福井県（2施設）

新田塚医療福祉センター 福井総合病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:30（月2回）

当直宿直：有（平均月3回）

休 暇：年次有給休暇10日、夏期休暇5日間

社会保険：健康保険、厚生年金保険、厚生年金基金、雇用保険、労災保険

寿人会 木村病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤職・非常勤職（1年ごとの雇用契約）

勤務形態：応相談

当直宿直：応相談

休 暇：夏期5日間 年次有給休暇：勤務半年経過後に10日間

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等（非常勤職は無）

## Ⅱ-6 専攻医の受け入れ数

当専門研修プログラムの1年次専攻医受け入れ定数  
(2018年度)は「3名」とします。

当研修プログラムの各施設の指導医配備状況やリハ科専門医の数(2017年4月時点)は下記のようになっています。

	登録指導医数	総指導医数	(左以外のリハ科専門医)
当プログラム全体	9	17	(8)
基幹施設			
金沢大学附属病院	3	3	(0)
連携施設			
国立病院機構 医王病院	1/2	1	(1)
藤井脳神経外科病院	1/2	1	(0)
石川県済生会金沢病院	1	2	(0)
石川勤労者医療協会城北病院	1/2	1	(1)
恵寿総合病院	1/2	1	(0)
やわたメディカルセンター	1/2	1	(2)
富山県リハビリテーション病院	1	2	(1)
アルペンリハビリテーション病院	1	2	(0)
市立砺波総合病院	1/3	1	(1)
福井総合病院	1/2	1	(2)
寿人会 木村病院	1/2	1	(0)

当研修プログラムには全体でリハ科専攻医を指導する登録指導医が17人常勤で在籍し、リハ科専門医としては25人が常勤で在籍しています(2017年4月時点)。当プログラムは金沢医科大学の研修プログラムの指導医の兼任者が多いため、受け入れ可能な専攻医数を算出する上では当研修プログラムの登録指導医数は9人で算出します。この場合、当研修プログラムが受け入れてよい専攻医総数(3年次分)は18名であり、各年次6名ずつ受け入れ可能な研修プログラムとみなされます。

ただし、当研修プログラムでは、切断・義肢の症例数が少ないこと、小児の経験が十分にできる施設が偏っていること、ならびにこれまでの当地(北陸三県全体)でのリハ科専門医育成経験として輩出数が毎年1~4名程度であることなどを勘案する必要があります。

したがって、当研修プログラムは当面、指導に十分な余裕を持てる各年次最大3名を受入数として設定することにいたしました。各専攻医に対する指導がより濃厚となり、専攻医一人一人の研修内容が充実することを重視した判断です。

## II-7 修了判定について（専攻医が修了に向けて行うべきこと）

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、研修プログラム統括責任者または研修連携施設担当者が研修プログラム管理委員会において評価し、研修プログラム統括責任者が修了の判定をします。

### 修了判定のプロセス

（※時期については未確定があるため、今後の情報収集に留意してください）

- 専攻医は、専門医認定申請年（3年目あるいはそれ以後）の4月末（※予定）までに、「専門研修プログラム修了判定申請書」を専門研修プログラム管理委員会に送付してください。
- 専門研修プログラム管理委員会は5月末まで（※予定）に修了判定を行い、研修証明書を専攻医に送付します。
- 専攻医は日本専門医機構のリハビリテーション科専門研修委員会に専門医認定試験受験の申請を行ってください。

## II-8 サブスペシャリティー領域との連続性

リハビリテーション科専攻医としての研修を修了しリハビリテーション科専門医を取得した医師は、以後、サブスペシャリティー領域（想定されるものとして小児神経、関節リウマチ、運動器、嚥下障害など）の専門資格も取得できる可能性があります。ただし、リハビリテーション科専門医がどのサブスペシャリティー領域の専門医を取得できるようになるか、各サブスペシャリティー領域の専門医を取得するのにどのような基礎知識・基礎技能・経験症例が必要なのか等、推定されるサブスペシャリティー領域との連続性をもたせるためのリハビリテーション科専門研修プログラムにおける経験症例等の取扱いについては、日本専門医機構のレベルで検討されているところです。

サブスペシャリティー領域専門医の取得を希望する専攻医には、当研修プログラムとしては日本専門医機構・日本リハビリテーション医学会の今後の動向に応じ、当研修期間の途中からでも適切に対応していく考えです。

## II-9 研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修

- 1) 専門研修プログラム期間のうち、出産・育児・疾病・介護・留学などを理由とするプログラムの休止・中断は、全研修期間の3年のうち6か月までの休止・中断である場合については、残りの期間で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します。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います。



- 2) 出産・育児・疾病・介護・留学などを理由とするプログラム休止・中断の期間が6か月を超える場合には、研修期間を延長する必要があります。
- 3) やむをえない事情などによる短時間雇用状態での研修であっても、原則としては、通算3年間で到達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います。
- 4) 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、研修プログラムの移動について対応を検討します。ただし、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と許可、および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の協議および受け入れ態勢が必要となります。
- 5) ほかの専門研修プログラムに内地留学のような形で一定期間研修を行うこと（正規の研修期間として取り扱うこと）は、特別な場合を除いては認められません。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その指導を行えなくなった場合、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なっています。
- 6) 臨床業務のない（当該プログラムの研修を並行できない）留学期間に関しては、研修期間として取り扱うことはできません。研修の休止・中断として取り扱います。

## II-10 大学院

臨床業務のない大学院の在籍期間（臨床研修の実際から離れてしまっている状況）に関しては、研修期間として取り扱うことはできません。研修の休止・中断として取り扱います。

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（臨床研修を現場で実際的に並行できている）については、そのまま研修期間に含めることができます。

### Ⅲ 当専門研修プログラムの運営体制など

#### Ⅲ-1 専門研修の評価

専門研修プログラムの評価は、専攻医と指導医の相互評価で成り立っています。専攻医には、1年目、2年目、3年目それぞれにコアコンピテンシーと知識・技能の修得目標が設定され、各年度末に修得目標に対する達成度を評価します。このことにより、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配慮しています。

- 専攻医は経験症例数・研修目標達成度の自己評価を行います。
- 指導医も専攻医の研修目標達成度の評価を行います。
- 医師としての態度についての評価には、自己評価に加えて、指導医による評価、施設の指導責任者による評価、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ます。
- 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」を用いて経験症例数報告書及び自己評価報告書を作成し、指導医はそれに評価・講評を加え、専攻医が上記書類をそれぞれ9月末と3月末に専門研修プログラム管理委員会に提出します。
- 指導責任者は「専攻医研修実績記録フォーマット」を印刷し、署名・押印したものを専門研修プログラム管理委員会に送付します。
- 「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か月ごとに上書きしていきます。
- 「実地経験目録様式」は、6か月に1度、専門研修プログラム管理委員会に提出します。自己評価と指導医評価、指導医コメントが書き込まれている必要があります。
- 3年間の総合的な修了判定は、研修プログラム統括責任者が行います。この修了判定を得ることができてから専門医試験の申請を行うことができます。

#### Ⅲ-2 専門研修管理体制

以下の委員会によって管理を行います。

##### ◇金沢大学附属病院研修医・専門医総合教育センター

設置：金沢大学附属病院内

金沢大学附属病院を基幹施設とする基本領域すべての専門研修プログラムを横断的に管理・統括する委員会です。

##### ◇当研修プログラムの管理委員会

設置：金沢大学附属病院リハビリテーション科内

構成：統括責任者（委員長）、事務局代表者、各連携施設代表担当者

「金沢大学・北陸三県リハビリテーション科専門研修プログラム」の全体を管理・統括する委員会です。基幹・連携・関連施設の全体での委員会を定期的開催し、

研修体制とその運用、専攻医の研修進捗状況等について検討します。

リハビリテーション科専門研修プログラム管理委員会は、①研修プログラムの作成・修正、②専攻医の連携施設への出張、③臨床場面を離れた学習（学術集会や研修セミナーなど）の紹介斡旋、自己学習の機会の提供、④指導医や専攻医の評価が適切かを検討、⑤研修プログラムの修了判定と修了証発行、を担います。

#### ◇当研修プログラムの施設単位の管理委員会

設置：各施設内（基幹施設、各連携施設）

構成：各施設の代表担当者ほか、各施設内の関係者

各施設において個々の研修プログラムを管理し、各施設の研修体制とその運用、受け入れ専攻医の研修進捗状況等について検討します。

### Ⅲ-3 専門研修プログラムの改善方法

当専門研修プログラムでは、専攻医・指導医からの評価フィードバックあるいは監査結果を重視し、より良い研修プログラムへの改善に努めます。

#### ◇専攻医による評価（指導医と研修プログラムに対して）

専攻医は、年次毎に指導医、専攻医研修施設、専門研修プログラムに対する評価を行います。また、指導医も専攻医研修施設、専門研修プログラムに対する評価を行います。専攻医や指導医等からの評価は質問紙を用い専門研修プログラム管理委員会に提出され、同管理委員会は研修プログラムの改善に役立てます。

専門研修プログラム管理委員会は、改善が必要と判断した場合、研修施設の実地調査および指導を行います。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します。

#### ◇監査（サイトビジット等）・調査

当専門研修プログラムが適切に運営されているかに関しては、日本専門医機構または公益社団法人日本リハビリテーション医学会によるサイトビジットが行われ、研修指導体制や研修内容について調査が行われます。その評価にもとづいて、当専門研修プログラム管理委員会は研修プログラムの改良を行います。また、専門研修プログラム更新の際には、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します。

### Ⅲ-4 専門研修指導医

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こととなります。

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す。

- リハビリテーション科専門医取得後、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。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。
- 専門医取得後、日本リハビリテーション医学会学術集会（年次学術集会、地方学術集会のいずれか）での2回以上の発表。うち1回以上は主演者。
- 日本リハビリテーション医学会が認める指導医講習会の受講（1回以上）。

※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ります。指導医講習会では、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ます。指導医講習会の受講は、指導医認定や更新のために必須です。

※専攻医からの評価：

指導医は指導した専攻医からの評価（指導法や態度について）も受けます。

### Ⅲ-5 各種マニュアル、研修実績記録・評価記録など

研修プログラムの運用には、以下のマニュアル類やフォーマットを用います。

- 専攻医研修マニュアル
- 指導者マニュアル
- 専攻医研修実績記録フォーマット

これらは、日本リハビリテーション医学会のHPよりダウンロードできます。

#### ◇専攻医の研修実績・評価の記録

専攻医は、ダウンロードした「専攻医研修実績記録フォーマット」に研修実績を記載し、一定の経験を積むごとに専攻医自身で達成度評価を行い記録してください。少なくとも年1回、自己達成度評価により学問的姿勢、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。

また、指導医による形成的評価、フィードバックも受けます。研修カリキュラムに則り少なくとも年1回（各年度末）、学問的姿勢、総論（知識・技能）、各論（8領域）の各分野の形成的評価・総括的評価を行います。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ます。

#### ◇専攻医の研修履歴・実績・評価などの保管

基幹施設（金沢大学附属病院リハビリテーション科）では、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、研修評価を保管します。さらに専攻医による専門研修施設および専門研修プログラムに対する評価も保管します。

## IV 専攻医の応募・採用・修了

### IV-1 当プログラムへの応募方法・採用方法

金沢大学拠点・北陸三県リハビリテーション科専門研修プログラム管理委員会は、2018年度以降のリハビリテーション科専攻医を募集します。

応募者は、以下4つを紙媒体で郵送で提出して下さい。

- 所定の応募書（応募所信書付き）（※）
- 履歴書（書式は自由）
- 医師免許証の写し
- 保険医登録証の写し

所定の応募書（※）は、以下のいずれかの方法で入手できます。

(1) Web Site よりダウンロード：

[http://plaza.umin.ac.jp/~Reha\\_hok/kensyukai\\_annai.html](http://plaza.umin.ac.jp/~Reha_hok/kensyukai_annai.html)

(2) E-mail にて取り寄せ希望：

seikei@med.kanazawa-u.ac.jp

問い合わせ先を「リハビリテーション科科长」としてください。

応募書等一式の郵送先：

〒920-8641 金沢市宝町13-1

（整形外科医局気付）

金沢大学附属病院リハビリテーション科

科長（専門研修プログラム統括責任者）宛

◎封筒おもてに『リハ科専攻医応募』と記入して下さい。

応募締め切り： 11月末（※予定）

書類選考および面接： 12月以降（※予定）

採否決定と通知： 12月末以降（※予定）、本人に直接文書で通知

※ 2017年6月時点での制度整備進捗情報に基づく暫定時期です。最新情報についてはE-mail (seikei@med.kanazawa-u.ac.jp リハ科科长宛) でお問い合わせ下さい。

### IV-2 当プログラムの修了

II-7. 「修了判定について」（30頁）を参照ください。

## V 日本リハビリテーション医学会への入会

リハビリテーション科専門研修プログラム整備基準には、

「リハビリテーション科専門研修プログラムで研修を行うものは、研修開始時点までに公益社団法人日本リハビリテーション医学会に入会し、会員資格を保持している必要がある」

とあります。

専攻医になると同時に入会することを検討している場合、現在、公益社団法人日本リハビリテーション医学会では、リハビリテーション科研修プログラムでの採用が決まった時点で公益社団法人日本リハビリテーション医学会に連絡いただき、プログラム開始となる4月1日付で入会できるようなシステムが運用できないかが検討されているところです（※詳細未定）。

なお、初期臨床研修中に日本リハビリテーション医学会に入会することも可能です。

いずれにしても、当プログラム開始前に入会手続きが必要となりますので、事前にプログラム統括責任者との確認を忘れずに行ってください。