

△△（都会拠点）病院リハビリテーション科専門研修プログラム

目次

1. △△（都会拠点）病院リハビリテーション科専門研修プログラムについて
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
3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5. 学問的姿勢について
6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて
7. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
8. 施設群における専門研修計画について
9. 専門研修の評価について
10. 専門研修プログラム管理委員会について
11. 専攻医の就業環境について
12. 専門研修プログラムの改善方法
13. 修了判定について
14. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
15. 研修プログラムの施設群について
16. Subspecialty 領域との連続性について
17. 専攻医の受け入れ数について
18. 研修カリキュラム制による研修について
19. リハビリテーション科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件、大学院研修について
20. 専門研修指導医について
21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
22. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）について
23. 専攻医の採用と修了について

1. △△（都会拠点）病院リハビリテーション科専門研修プログラムについて

リハビリテーション科専門研修プログラムは、2018年度から始まる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、編纂された研修プログラムです。日本専門医機構の指導の下、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（別添資料参照：以下、研修カリキュラムと略す）が策定され、さまざまな病院群で個別の専門研修プログラムが作られています。日本全国の研修プログラムがある中で、△△病院専門研修プログラムは、都会型の地域特性を生かし、多彩な施設で様々な症例が経験でき、専攻医の皆さんの多様な希望にこたえられるプログラムを提供します。

△△病院専門研修プログラム（以下研修PG）の目的と使命は以下の4点にまとめられます。

- 1) 専攻医が医師として必要な基本的診療能力（コアコンピテンシー）を習得すること
- 2) 専攻医がリハビリテーション科領域の専門的診療能力を習得すること
- 3) 上記に関する知識・技能・態度と高い倫理性を備えることにより、患者に信頼され、標準的な医療を提供でき、プロフェッショナルとしての誇りを持ち、患者への責任を果たせるリハビリテーション科専門医となること
- 4) リハビリテーション科専門医の育成を通して国民の健康・福祉に貢献すること

初期研修の2年間では疾病を診るのではなく人を診ることを修得した様に、△△病院研修PGでは、人を診ることに関して、ICF（国際生活機能分類）に基づいてその活動・参加について考えられ、社会的環境に対してもアプローチができる、そういったリハビリテーション医を育成することを目標としています。さらに、リハビリテーション科専門医に必要な診療技術を習得するだけではなく、障害を持つ患者さんとそのご家族との人間的なふれあいを通じて障害をもつ患者さんの生活を具体的かつ共感的に体験し、障害を持つ患者さんの生活・環境を良好な状態に設定できることを目標にしています。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、看護師とのチーム医療を実践することにより、チームリーダーとしての資質を養うことも目標となります。また、大学病院での

研修経験を生かして、研究活動に向かう姿勢を修得し、生涯にわたって専門の知識を研鑽し技術を磨く態度をつくれる様、指導を行います。

△△病院研修 PG は、日本専門医機構のリハビリテーション科研修委員会が提唱する、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にても社会に貢献するためのプログラム制度に準拠しており、本プログラム修了にてリハビリテーション科専門医認定の申請資格の基準を満たしています。

△△病院研修 PG では、(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 (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領域にわたり研修を行います。これらの分野で、他の専門領域の医療スタッフと適切に連携し、リハビリテーションのチームリーダーとして主導して行く役割を担えるようになります。

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) 研修段階の定義：リハビリテーション科専門医は初期臨床研修の2年間と専門研修（後期研修）の3年間の合計5年間の研修で育成されます。

- 初期臨床研修2年間に、自由選択期間でリハビリテーション科を選択することもあるでしょうが、この期間をもって全体での5年間の研修期間を短縮することはできません。また、初期臨床研修にてリハビリテーション科の研修が、専門研修（後期研修）を受けるにあたり、必修になることもありません。初期臨床研修が修了していない場合、たとえ2年間を経過していても、専門研修を受けることはできません。また、保険医を所持していないと、専門研修を受けることはできません。
- 専門研修の3年間の1年目、2年目、3年目には、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研修カリキュラム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、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配慮します。研修施設により専門性があるため、症例等にばらつきがでます。このため、修得目標はあくまでも目安であり、3年間で習得できるよう、個別のプログラムに応じて習得できるように指導を進めていきます。
- △△病院研修 PG の修了判定には以下の経験症例数が必要です。日本リハビ

リハビリテーション医学会専門医制度が定める研修カリキュラムに示されている研修目標および経験すべき症例数を以下に示します。

- 1) 脳血管障害・外傷性脳損傷など：15例
(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例
(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例、
(うち関節リウマチ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)
- 4) 小児疾患：5例、
(うち脳性麻痺2例以上)
- 5) 神経筋疾患：10例、
(うちパーキンソン病2例以上)
- 6) 切断：3例、
- 7) 内部障害：10例、
(うち呼吸器疾患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)
- 8) その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)：7例、
(うち廃用2例以上、がん1例以上)

以上の75例を含む100例以上を経験する必要があります。

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られます。以下に年次毎の研修内容・習得目標の目安を示します。

- 専門研修1年目(SR1)では、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します。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が必要となります。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ります。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、基幹研修施設である△△病院リハビリテーションセンターですから、リハビリテーション分野の幅広く知識・技術が習得可能です。指導医の手厚い病院です

ので、しっかりと基本的診療能力を磨き、専攻医としての態度をレベルアップすることが必要となります。3名の指導医が、外来、入院患者の治療、往診による訪問リハビリテーションにも同行し、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・技能の習得を図ります。図1に習得目標を示してあります。詳細は研修カリキュラムを読んでください。

専門研修1年目（SR1）

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

【別記】基本的診療能力（コアコンピテンシー）として必要な事項

- 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こと（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こと
- 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
- 5) 臨床の現場から学ぶ技能と態度を修得すること
- 6) チーム医療の一員として行動すること
- 7) 初期研修医に教育・指導を行うこと

基本的知識と技能

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、リハビリテーション処方、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

詳細は研修カリキュラムを参照

図1

- 専門研修2年目（SR2）では、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します。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を目標としてください。特に1年目の△△病院リハビリテーションセンターで経験できなかった技能や疾患群については積極的に治療に参加し経験を積んでください。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。2年次の研修先病院は、特別に配慮する事情がない限りは、△△大学病院ないし△△大学附属である△△センター病院ですから、研究に対する姿勢を会得し、安全管理・倫理の講習・感染の講習を修得してください。経験すべき分野では特に、7)

内部障害 8) その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)が、1年次で習得困難となっているので、意識して修得してください。専攻医は学会・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実践病態別リハビリテーション研修会 DVD などを通して自らも専門知識・技能の習得を図ってください。図2に習得目標の概略を示してあります。詳細は研修カリキュラムを読んでください。

<p>専門研修2年目 (SR2)</p> <p>基本的診療能力 (コアコンピテンシー)</p> <p>指導医の監視のもと、別記の事項が効率のかつ思慮深くできる</p> <p>【別記】基本的診療能力 (コアコンピテンシー) として必要な事項</p> <ol style="list-style-type: none">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立的に果たし信頼されること (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こと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5) 臨床の現場から学ぶ技能と態度を修得すること6) チーム医療の一員として行動すること7) 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 <p>基本的知識と技能</p> <p>知識：障害受容、社会制度など</p> <p>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</p> <p>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 詳細は研修カリキュラムを参照</p>
--

図2

- 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・態度を習得してください。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意識して、実践的知識・技能の習得にあたってください。指導医は日々の臨床を通して専攻医の知識・技能習得を指導します。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・技能の習得を図ってください。

専門研修3年目 (SR3)

基本的診療能力 (コアコンピテンシー)

指導医の監視なしでも、別記の事項が迅速かつ状況に応じた対応ができる

【別記】基本的診療能力 (コアコンピテンシー) として必要な事項

- 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こと (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こと
- 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
- 5) 臨床の現場から学ぶ技能と態度を修得すること
- 6) チーム医療の一員として行動すること
- 7) 初期研修医・リハビリテーションスタッフに教育・指導を行うこと

基本的知識と技能

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詳細は研修カリキュラムを参照

図 3

3) 研修の週間計画および年間計画

基幹施設 (△△病院リハビリテーションセンター)

リハビリテーション科病棟

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 朝カンファレンス							
9:00-12:00 病棟業務							
10:00-12:00 午前外来							
13:00-15:00 高次脳機能障害外来							
13:00-15:00 装具外来							
14:30-15:30 症例カンファレンス							
13:00-17:00 訪問リハビリテーション							

△△大学リハビリテーション科（連携施設）

	月	火	水	木	金	土	日
8:20-9:00 朝カンファレンス (病棟回診を含む)							
9:00-12:00 病棟業務							
9:00-12:00 午前外来							
13:30-16:00 装具外来							
13:30-16:00 小児外来							
15:30-16:30 リウマチ合同外来							
13:30-15:30 神経筋電図検査							
14:00-15:30 症例カンファレンス							
18:30-19:30 医局全体ミーティング (△△センター病院と合同)							

△△市脳血管センター（連携施設）

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00 朝カンファレンス							
9:00-10:00 病棟業務							
10:00-12:00 午前外来							
13:00-15:00 症例カンファレンス							
13:00-16:00 装具外来							
13:00-16:00 痙縮外来							

△△病院研修PGに関連した全体行事の年間スケジュール

月	全体行事予定
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SR1: 研修開始。専攻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 ▪ SR3 修了者: 専門医認定一次審査書類を日本専門医機構内リハビリテーション科研修委員会へ提出 ▪ 研修PG管理委員会開催 ▪ △△病院研修 PG 参加病院による勉強会 (症例検討・予演会 1/2M)
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 日本リハビリテーション医学会学術集会参加 (発表) (開催時期は要確認)

	<ul style="list-style-type: none"> △△病院研修PG参加病院による勉強会（症例検討・予演会 1/2M）
7	<ul style="list-style-type: none"> SR3修了者：専門医認定二次審査（筆記試験、面接試験） <u>次年度専攻医募集案内開始（△△病院ホームページ）</u>
9	<ul style="list-style-type: none"> SR1、SR2、SR3： 形成的評価と指導医によるフィードバック（半年ごと）
10	<ul style="list-style-type: none"> 次年度専攻医募集開始（△△病院ホームページ） 月末締切 △△病院研修 PG 参加病院による勉強会（症例検討・予演会 1/2M）
11	<ul style="list-style-type: none"> 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） 次年度専攻医内定
12	<ul style="list-style-type: none"> 日本リハビリテーション医学会学術集会演題公募（12～1月）（詳細は要確認） △△病院研修PG参加病院による勉強会（症例検討・予演会 1/2M）
2	<ul style="list-style-type: none"> △△病院研修PG参加病院による勉強会（症例検討・予演会 研修発表会を兼ねる）
3	<ul style="list-style-type: none"> SR1、SR2、SR3： 形成的評価と指導医によるフィードバック（半年ごと） SR1、SR2、SR3： 年度の研修終了 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. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1) 専門知識

知識として求められるものには、リハビリテーション概論、機能解剖・生理学、運動学、障害学、リハビリテーション関連領域疾患の知識などがあります。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ています。詳細は研修カリキュラムを参照してください。

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）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)の8領域にわたります。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)があります。それぞれの領域の項目に、A:自分一人でできる/中心的な役割を果たすことができる必要がある事項から、C:概略を理解している、経験している必要がある事項に分かれています。詳細は研修カリキュラムを参照してください。

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. 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

2) 年次毎の専門研修計画(P4-)

および

6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて (P12-)の項目を参照ください。

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 (P13-)の項を参照ください。

△△病院専門研修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ます

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

- ・ 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ます。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医に特に必要とされる資質となります。

- ・ 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、リハビリテーションゴールの設定、退院に向けた準備などの方策を学びます。
- ・ 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2ヶ月に1回、大学内の施設を用いて検討会を行います。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います。
- ・ 各施設において抄読会や勉強会を実施します。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、英文抄読が広い知識を修得するには有用となっています。また、世界的な教科書といわれるリハビリテーションの洋書の輪読会を行い、標準とされるリハビリテーション医療を修得します。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とともに、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ます。
- ・ 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んでください。
- ・ 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。また各病院内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、評価法などの教育技能

5. 学問的姿勢について

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ます。患者の日常的診療から浮かび上がるクリニカルクエスチョン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、もしくは企画する事で解決しようとする姿勢を身につけるようにしてください。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

してください。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姿勢を身につけてください。

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ります。

「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。」となっています。

6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

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ます。内容を具体的に示します。

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もコミュニケーション能力は必要となり、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要となります。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が、障害受容に配慮したコミュニケーションとなるとその技術は高度であり、心理状態への配慮も必要となり、専攻医に必要な技術として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

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すが、リハビリテーション科は計画書等説明書類も多い分野のため、診療記録・必要書類を的確に記載する必要があります。

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

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、倫理的配慮は必要となります。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ります。

5) 臨床の現場から学ぶ態度を修得すること

障害像は患者個々で異なり、それを取り巻く社会環境も一様ではありません。医学書から学ぶだけのリハビリテーションでは、治療には結びつきにく

く、臨床の現場から経験症例を通して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します。

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ます。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ます。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ます。

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り、また形成的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ます。チーム医療の一員として後輩医師の教育・指導も担うのと同時に、他のリハビリテーションスタッフへの教育にも参加して、チームとしての医療技術の向上に貢献にももらいます。教育・指導ができることが、生涯教育への姿勢を醸成することにつながります。

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

1) 施設群による研修

本研修 PG では△△病院リハビリテーションセンターを基幹施設とし、地域の連携施設とともに病院施設群を構成してします。専攻医はこれらの施設群をローテーションすることにより、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。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す。リハビリテーションの分野は領域を、大まかに8つに分けられますが、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す。急性期から回復期、維持期（生活期）を通じて、1つの施設で症例を経験することは困難です。さらには、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きます。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します。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一つ一つ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いきます。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ます。このような理由から△△病院リハビリテーションセンターだけでなく、施設群のローテーションで研修を行うことが非常に

大切です。△△病院研修 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します。

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、△△病院専門研修 PG 管理委員会が決定します。

2) 地域医療の経験

- ・ 当センターの研修に限らず、連携施設での研修中にも、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ます。
- ・ 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、脳卒中パスや大腿骨頸部骨折パスでの病診・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ります。
- ・ 都会型病院の研修 PG ですので、医療過疎地区という意味での地域実習は基本的にありませんが、リハビリテーション医療の過疎地区の様子を経験したいという希望には、県の更生相談所が実施している、地域の巡回相談事業（補装具や福祉相談）に同行できるようスケジュールを調整します。

8. 施設群における専門研修計画について

図 4 に△△病院リハビリテーション科研修 PG の 1 コース例を示します。SR1 は基幹施設、SR2, SR3 は連携施設での研修です。3 施設はリハビリテーションセンター、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られます。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 を参照ください。

都会型の△△病院リハビリテーション科研修 PG のメリットの一つに、△△県リハビリテーションセンターを除いて、△△市の中心部から 20km 圏内にあり、△△市内在住で 3 年間引っ越しなし電車通勤で、研修することも可能なことがあります。

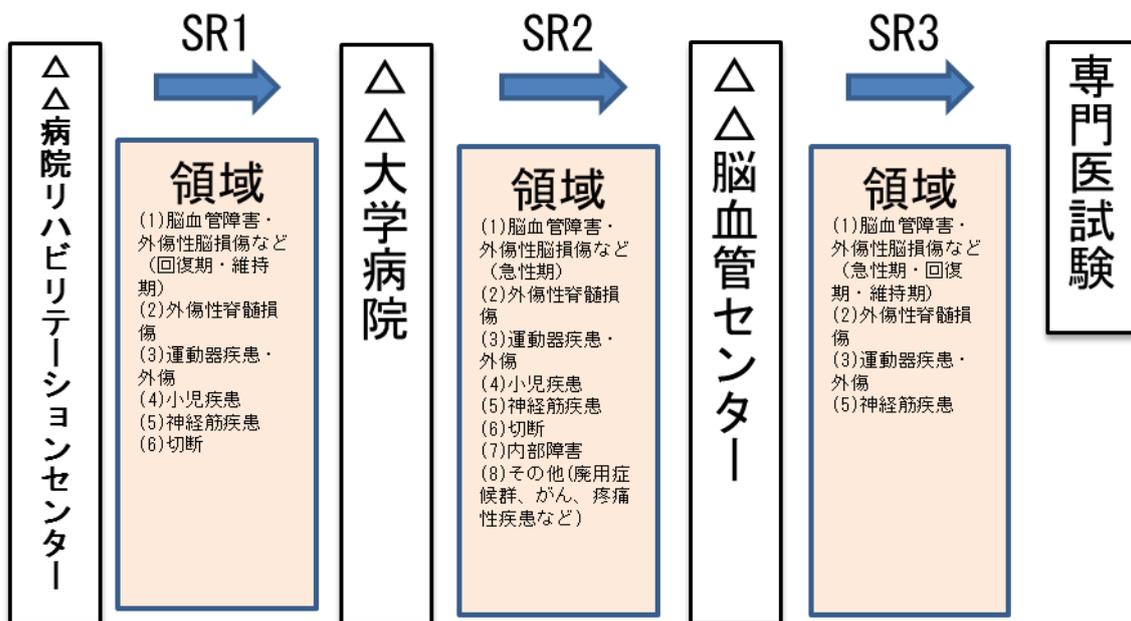


図 4

図 5～7 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ます。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します。

△△病院専門研修PGの研修期間は3年間としていますが、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ります。一方で、subspecialty 領域専門医取得を希望される専攻医には必要な教育を開始し、また大学院進学希望者には、臨床研修と平行して研究を開始することを奨めます。

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 △△病院	指導医数 3名 病床数 19床 外来数 50症例/週 特殊外来 装具 40症例/週 高次脳機能障害 2症例/週 訪問リハビリテーション2件/週	専攻医数 2名 担当病床数 7床/19床 担当外来数 10症例/週 特殊外来 装具 20症例/週 高次脳機能障害 1症例/週 訪問リハビリテーション1件/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 (6)切断 電気生理学的診断 言語機能の評価 認知症・高次脳機能の評価 摂食・嚥下の評価 排尿の評価 理学療法 作業療法 言語聴覚療法 義肢 装具・杖・車椅子など 訓練・福祉機器 摂食嚥下訓練 ブロック療法	30症例 5症例 5症例 10症例 5症例 10症例 0症例 10症例 10症例 5症例 0症例 100症例 50症例 30症例 20症例 50症例 5症例 5症例 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	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 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	電気生理学的診断 言語機能の評価 認知症・高次脳機能の評価 摂食・嚥下の評価 排尿の評価 理学療法 作業療法 言語聴覚療法 義肢 装具・杖・車椅子など 訓練・福祉機器 摂食嚥下訓練 ブロック療法	0症例 10症例 10症例 5症例 0症例 100症例 50症例 30症例 20症例 50症例 5症例 5症例 10症例

図 5. SR1 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	
SR2 △△大学病院	指導医数 4名 病床数 10床 外来数 200症例/週 特殊外来 装具 10症例/週 小児 3症例/週 リウマチ 10症例/週 神経筋電図 3症例/週	専攻医数 1名 担当病床数 10床/10床 担当外来数 20症例/週 特殊外来 装具 5症例/週 小児 1症例/週 リウマチ 3症例/週 神経筋電図 2症例/週	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期) (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) 電気生理学的診断 言語機能の評価 認知症・高次脳機能の評価 摂食・嚥下の評価 排尿の評価 理学療法 作業療法 言語聴覚療法 義肢 装具・杖・車椅子など 訓練・福祉機器 摂食嚥下訓練 ブロック療法	30症例 5症例 30症例 10症例 20症例 10症例 20症例 30症例 50症例 10症例 10症例 50症例 30症例 20症例 30症例 20症例
	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期) (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) 指導医の監視のもと、別記の事項が 効率的かつ思慮深くできる 基本的知識と技能 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、別途カリ 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	電気生理学的診断 言語機能の評価 認知症・高次脳機能の評価 摂食・嚥下の評価 排尿の評価 理学療法 作業療法 言語聴覚療法 義肢 装具・杖・車椅子など 訓練・福祉機器 摂食嚥下訓練 ブロック療法	50症例 10症例 10症例 5症例 10症例 100症例 50症例 30症例 20症例 50症例 30症例 20症例 20症例

図 6. SR2 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	指導医数 2名	専攻医数 1名	(1)脳血管障害・ 50症例
△△脳血管 センター	病床数 102床(回復期病棟)	担当病床数 20床(回復期)/102床	外傷性脳損傷など (急性期)
	外来数 50症例/週	担当外来数 5症例/週	(2)外傷性脊髄損傷 5症例
	特殊外来	特殊外来	(3)運動器疾患・外傷 5症例
	装具 10症例/週	装具 5症例/週	(5)神経筋疾患 5症例
	痙縮 3症例/週	痙縮 2症例/週	
	嚥下検査 5症例/週	嚥下検査 2症例/週	
	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期)	基本的診療能力 (コアコンピテンシー) 指導医の監視なしでも、 別記の事項が迅速かつ状況に 応じた対応でできる	電気生理学的診断 10症例 言語機能の評価 30症例 認知症・高次脳機能の評価 30症例 摂食・嚥下の評価 80症例 排尿の評価 20症例
	(2)外傷性脊髄損傷	基本的知識と技能	
	(3)運動器疾患・外傷	知識 社会制度、地域連携など	理学療法 100症例
	(5)神経筋疾患	技能：住宅改修提案、 ブロック療法、 チームアプローチなど	作業療法 50症例 言語聴覚療法 50症例 義肢 0症例
		指導医の監視なしでも、別途カリ キュラムでAI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	装具・杖・車椅子など 50症例 訓練・福祉機器 30症例 摂食嚥下訓練 20症例 ブロック療法 20症例

図 7. SR3 における研修施設の概要と研修カリキュラム

9. 専門研修の評価について

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す。

専門研修SRの1年目、2年目、3年目のそれぞれに、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。

- 指導医は日々の臨床の中で専攻医を指導します。
- 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います。あわせて、研修施設評価・研修施設 PG の評価も行います。
- 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います。
- 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」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・講評を加えます。
 - 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管理委員会に提出します。
 - 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ヶ月ごとに上書きしていきます。
 - 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。

10. 専門研修プログラム管理委員会について

基幹施設である△△病院には、リハビリテーション科専門研修PG管理委員会と、統括責任者を置きます。連携施設群には、連携施設担当者と委員会組織が置かれます。△△病院リハビリテーション科専門研修PG管理委員会は、統括責任者（委員長）、副委員長、事務局代表者、および連携施設担当委員で構成されず。

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、関連連携施設への出張、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、ことにあります。

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ます。基幹施設に置かれた研修PG統括責任者は、総括的評価を行い、修了判定を行います。また研修PGの改善を行います。

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ます。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しま

す。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ります。

1 1. 専攻医の就業環境について

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、雇用契約を結ぶ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△△病院リハビリテーション科専門研修管理委員会に報告されますが、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ます。

1 2. 専門研修 PG の改善方法

△△病院リハビリテーション科研修 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しています。

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 に対する評価を行います。また、指導医も専攻医研修施設、専門研修 PG に対する評価を行います。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 の改善に役立っています。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いきます。

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。

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）が行われます。その評価にもとづいて専門研修 PG 管理委員会で研修 PG の改良を行います。

ます。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します。

1 3. 修了判定について

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をします。

1 4. 専攻医が専門研修 PG の修了に向けて行うべきこと

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 管理委員会に送付してください。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。

1 5. 研修 PG の施設群について

専門研修基幹施設

△△病院（リハビリテーションセンター）が専門研修基幹施設となります。

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す。

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いいます。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す。

△△病院リハビリテーション科研修 PG の施設群を構成する連携施設は、以下の通りです。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びます。関連施設は1日単位の見学実習を行う病院・施設となり、雇用契約は結びません。ローテート例は表1を参考にしてください。

連携施設

- ・ △△大学病院 (2年次の研修候補施設)
- ・ △△大学センター病院 (2年次の研修候補施設)
- ・ △△脳血管センター (3年次の研修候補施設
回復期リハビリテーション病棟)
- ・ △△県リハビリテーション病院 (3年次の研修候補施設
回復期リハビリテーション病棟)
- ・ △△共済病院 (3年次の研修候補施設
回復期リハビリテーション病棟)

関連施設

- ・ △△小児療育センター
- ・ △△リハケアクリニック (リハ科の診療所)
- ・ △△市更生相談所
- ・ △△更生施設
- ・ △△義肢工作研究所 (出入りの義肢装具業者)
- ・ △△訪問リハステーション
- ・ △△授産施設
- ・ △△作業所

表1 プログラムローテート例

1年目 通年	2年目通年	3年目 通年
基本的に基幹研修施設にて	大学系の施設にて	希望の連携施設 (回復期リハビリテーション病棟) にて
基幹研修施設 △△病院	連携施設 △△大学病院	連携施設 △△脳血管センター
基幹研修施設 △△病院	連携施設 △△大学センター病院	関連研修連携施設 △△共済病院

専門研修施設群

△△病院と連携施設により専門研修施設群を構成します。

専門研修施設群の地理的範囲

△△病院リハビリテーション科研修 PG の専門研修施設群は△△県の東部にあります。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ます。当地域の専門研修施設群に入っていない地域中核病院も、現在申請中であり、△△県の東部全域に及ぶ病院群となりつつあります。

16. 専攻医受入数について

毎年2名を受入数とします。

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ます。

△△病院研修 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のとなります。当院に3名、プログラム全体では13名の指導医が在籍しており、20156年20176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ションのばらつき（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するといえます。図8は現状を図にしたものです。

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ます（表2）。

専攻医受け入れ
人数について
(プログラム例)

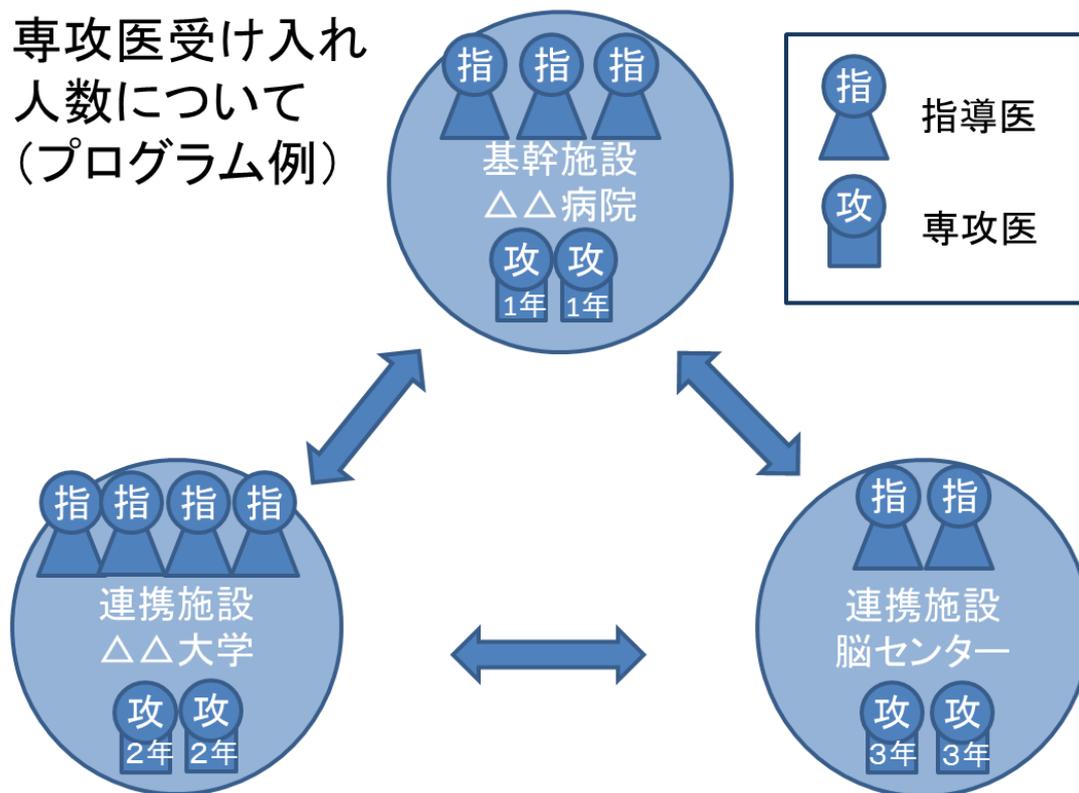


図6 専攻医受入数の関係について

表 2

経験予定症例数/研修PG必要症例数/昨年度実績症例数					
項目	SR1	SR2	SR3	研修PG必要 症例数	施設群昨年 度実績
	△△病院	△△大学病院	△△脳血管		
(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など (急性期)	30症例	30症例	50症例	15症例	25000症例
(回復期)	(10症例)	(10症例)	(20症例)		
(維持期)	(20症例)		(10症例)		
(2)外傷性脊髄損傷	5症例	5症例	5症例	3症例	5600症例
(3)運動器疾患・外傷	5症例	30症例	5症例	22症例	35000症例
(4)小児疾患	10症例	10症例	5症例	5症例	5700症例
(5)神経筋疾患	5症例	20症例		10症例	9800症例
(6)切断	10症例	10症例		3症例	1100症例
(7)内部障害		20症例		10症例	3400症例
(8)その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)		30症例		7症例	29000症例
経験すべき診察・検査等					
電気生理学的診断	0症例	50症例	10症例	2症例	350症例
言語機能の評価	10症例	10症例	30症例	2症例	920症例
認知症・高次脳機能の評価	10症例	10症例	30症例	2症例	1720症例
摂食・嚥下の評価	5症例	5症例	80症例	2症例	380症例
排尿の評価	0症例	10症例	20症例	2症例	460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	2症例	15000症例
作業療法	50症例	50症例	50症例	2症例	41000症例
言語聴覚療法	30症例	30症例	50症例	2症例	16000症例
義肢	20症例	20症例	0症例	2症例	870症例
装具・杖・車椅子など	50症例	50症例	50症例	2症例	1700症例
訓練・福祉機器	5症例	30症例	30症例	2症例	430症例
摂食嚥下訓練	5症例	10症例	20症例	2症例	2900症例
ブロック療法	10症例	20症例	20症例	2症例	470症例

17. Subspecialty 領域との連続性について

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ります。リハビリテーション領域における Subspecialty 領域については検討中です。

18. 研修カリキュラム制による研修について

研修カリキュラム制による研修を選択できる条件は、内科（現行制度での認定内科医も認める）、外科、脳神経外科、小児科、整形外科の5学会に対して承認を求める予定です。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）を有するものとなっています。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ます。

研修カリキュラム制において免除されるカリキュラム内容に関しては、基本領域と調整を行います。また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ます。

△△病院リハビリテーション科研修PGでは、研修カリキュラム制による研修も受けられるように、個別に対応・調整します。

19. リハビリテーション科研修の休止・中断、PG移動、PG外研修の条件、大学院研修について

- 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います。
- 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います。
- 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が必要ですが、対応を検討します。
- 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なっています。
- 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

とはできませんが、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ます。

- 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しますが、6ヶ月を超える場合には研修期間を延長します。

20. 専門研修指導医について

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。

- ・ 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こととなります。また、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ます。

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。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。

21. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

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ます。総括的評価は研修カリキュラムに則り、少なくとも年 1 回行います。

△△病院にて、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 PG に対する評価も保管します。

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ます。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することができます。

- 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してください。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ます。

●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します。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。

2.2. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）について

専門研修 PG の施設に対して日本専門医機構・日本リハビリテーション医学会からのサイトビジットがあります。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ます。その評価は専門研修 PG 管理委員会に伝えられ、PG の必要な改良を行います。

23. 専攻医の採用と修了について

採用方法

△△病院リハビリテーション科専門研修 PG 管理委員会は、毎年7月頃から病院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を募集します。研修 PG への応募者は、定められた締め切りまでに研修 PG 統括責任者宛に所定の形式の『△△病院リハビリテーション科専門研修 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、を提出してください。申請書は(1) △△病院の website (<http://www.xxxxxxxx>)よりダウンロード、(2) 電話で問い合わせ (xxx-xxx-xxxx)、(3) e-mail で問い合わせ (xxxxx@xxxxxxx)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として書類選考および面接を行い、採否を本人に文書で通知します。

修了について

13. 修了判定について、をご参照ください。