

Q&A（研修プログラム） Ver.5.2

2016 年 2 月 12 日

公益社団法人日本リハビリテーション医学会
専門医制度委員会 担当理事 浅見豊子
委員長 芳賀信彦

以下は、リハビリテーション科専門研修プログラムに関する Q&A です。この中で整備基準の項目番号として記載されているのは、各項目の左にある番号になります。

この Q&A は随時更新されています。Q&A Ver.5.0 の記載以降に追加・変更された点もありますので（赤字で示しています）、ご注意ください。

【全体】

1) Q：専門研修プログラム整備基準（以下、整備基準）とは何ですか？

A：リハビリテーション（以下、リハ）科は、一般社団法人日本専門医機構（以下、専門医機構）が認める基本 19 領域の 1 つです。基本領域では、専攻医が専門医資格取得のために一定年数の専門研修プログラムに入ることを義務付けており、リハ科では 3 年間を基本としています。整備基準は、この専門研修プログラムを整備するための基準で、19 基本領域で一定の共通性をもって定められています。

2) Q：専攻医とは何ですか？

A：専攻医とは、専門医を目指す医師を指しています。初期臨床研修制度開始以降の医師では、同研修制度を終了している必要があります。新専門医制度では、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必要があります。

3) Q：リハ科専門研修プログラムは、いつから始まるのですか？

A：他の基本領域と同様、2017 年度から開始します。2017 年 4 月に第 1 期専攻医の研修が開始され、2020 年 3 月に第 1 期専攻医の研修が終了します。

4) Q: 指導医とは何ですか？

A: 専門研修プログラムにおいて、専攻医を指導する医師です。指導医の基準は、整備基準の項目番号 36 に記載されています。2016 年度までに公益社団法人日本リハビリテーション医学会（以下、日本リハ医学会）の指導医資格のあった医師は、専門研修プログラムにおける指導医に相当しますが、整備基準の項目番号 36 に記載の基準を満たしていない場合は、2017 年 4 月の専門研修プログラム開始時まで、筆頭著者の論文、学術集会での発表、指導医講習会受講に関する条件を満たしてください。また日本リハ医学会の指導医資格を持たないが、整備基準の項目番号 36 に記載されている指導医の要件を満たし、研修プログラムにおいて指導医となる専門医は、日本リハ医学会に速やかに指導医の申請をして下さい。

5) Q: ある基本領域の指導医が他の基本領域との指導医を兼ねることができるのでしょうか？

A: ダブルライセンスの指導医は両方の指導ができます。但し、そのエフォートを分ける必要があります。リハビリテーション科領域では同時期に 2 名までの専攻医を指導することができますが、例えばリハビリテーション科と整形外科の指導医資格を持っている場合は、リハビリテーション科の専攻医 1 名、整形外科の専攻医 1 名の指導が可能です。同時に指導できる専攻医数は、基本領域により異なっており、整形外科では 3 名と聞いています。その場合、整形外科の専攻医のみであれば 3 名指導可能ですが、リハビリテーション科の専攻医と整形外科の専攻医であれば各 1 名、ということになります。

6) Q: 研修プログラムはどのように申請するのですか？

A: 「リハビリテーション科専門研修プログラム申請受付」を参照して下さい。

7) Q: 申請された研修プログラムはどのように審査されるのですか？

A: 専門医機構の専門研修プログラム研修施設評価・認定部門の下に位置する基本領域（リハ科）研修委員会で評価を受け、必要に応じ調整が行われた後、専門研修プログラム研修施設評価・認定部門で承認されます。

8) Q : 新専門医制度開始後に、研修プログラムの見直しがありますか？

A : 新専門医制度で開始した研修プログラムは、基本的に 5 年ごとに更新することになります。この間に生じた変更（指導医の移動や連携施設の追加など）は、毎年 6 月の時点の状況を、その翌年春からのプログラムに反映させる予定です。また新規の研修プログラムに関しても審査が行われる予定ですが、詳細な時期等は未定です。

【研修カリキュラム】（整備基準の項目番号 3～22）

9) Q: リハビリテーション科専門研修カリキュラム（以下、研修カリキュラム）とは何ですか？

A: 専攻医が修得すべき専門知識、専門技能、学問的姿勢、医師としての倫理性・社会性の内容と、1～3 年次に求められる到達レベル、経験すべき数などを明示したものです。HP の「リハビリテーション科専門研修プログラム整備基準の公表」にある「リハビリテーション科専門研修カリキュラム（以下、専門研修カリキュラム）」を参照して下さい。

10) Q: 8 つの研修分野の名称が、従来の日本リハ医学会の領域分類（「専門医認定試験の実施に関する申し合わせ」の別表 1）と異なっていますが？

A: リハビリテーション科の整備基準を作るにあたり、見直しをしました。例えば二分脊椎は従来の分類では領域 2 でしたが、新しい研修分野では（4）小児疾患、に含まれています。リハ科専門研修プログラムでは、この新しい研修分野に基づいて、専攻医が経験すべき症例数等を定めています。

11) Q: 経験すべき診察・検査等（項目番号 9）にある、「リハビリテーションに関係が深い分野」とは何ですか？

A: 研修カリキュラムの II 専門技能 診断・評価の表の「経験すべき症例数」の部分に、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、として「2」と記載されています。これらの項目では 2 例以上の経験が必要です。

12) Q: 地域医療の経験（項目番号 11）の中の、「これらの実習は、のべ 2 週間（平日勤務）以上とし、連続した勤務とは限らず例えば月に 2 回を 5 ヶ月以上などでもよい。」はどういう意味ですか？

A: 研修プログラムの中で、地域医療の経験が義務づけられています。のべ 2 週間（平日勤務として 10 日間）の経験ができるように、プログラムを組む必要があります。

13) Q : 修了判定のプロセス（項目番号 21）にある追加研修とは何ですか？

A : 規定された年数の間に、研修カリキュラムを満たす研修ができなかった場合には、期間を延長して研修を行う必要があります。

【研修プログラム】

14) Q: 項目番号 9 にある「経験すべき診察・検査等」の中の経験する必要のある症例とは、研修手帳第 2 版第 1 刷・総論・1-Ⅱ「診断・評価」にある項目でよいのでしょうか？

A: 専門研修カリキュラムの 5-6 ページの内容です。

15) Q: 項目番号 10 にある「経験すべき手術・処置等」の中の経験する必要のある症例とは、研修手帳第 2 版第 1 刷・総論・1-Ⅲ「治療」にある項目、及び研修手帳第 2 版第 1 刷・各論にある「手術療法の適応が判定できる」との項目のある症例でよいのでしょうか？

A: 専門研修カリキュラムの 7-9 ページの内容です。「手術」はリハビリテーション領域では必要としません。

16) Q: 項目番号 23 にある、「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」とは何ですが？

A: 公立のリハセンターなどを想定しています。

17) Q: 項目番号 23 に、「リハビリテーション科を院内外に標榜している」とありますが、どういう意味ですか？

A: リハビリテーション科という診療科名を使用しているだけでなく、標榜することを自治体に届け出ている、という意味です。標榜の届出をしていれば、院内外を含めてリハビリテーション「部」と表示されていても構いません。またリハビリテーションの入院診療及び外来診療の有無については問いません。

18) Q : 項目番号 23 「リハビリテーション科を院内外に標榜している」に関してですが、リハビリテーション科の診療科長は必ずリハビリ専門医（指導医）の資格を必要とする規則等々がありますでしょうか？例えば診療科長を他科医師が兼任（リハ専門医・指導医の資格無し）し、その部下にリハビリ専門医・指導医が常勤として勤務しているような形は認められるでしょうか？

A : 基幹研修施設のリハビリテーション科長は、基本的には指導医であることを原則としています。これが無理な状況、例えば、科長が非専門医で、副科長が専門医・指導医である状態などの場合は、全て機構専門医に移行するまでの期間に限っては、専門医制度委員会において検討したうえでプログラムの内容や地域性等を考え認める場合もあります。しかし、全ての専門医が機構専門医となる時期には、当学会が基幹研修施設のあるべき姿として考えている科長が専門医・指導医となるように努力して頂く必要があります。

19) Q : 項目番号 23 に、「一般社団法人日本専門医機構による監査・調査」とありますが、どういう意味ですか？

A : 新専門医制度においては、研修プログラムが適切に運営されているかに関して、専門医機構による監査・調査がサイトビジットという形で入る予定です。項目番号 51 を参照して下さい。

20) Q : 項目番号 24 にある、連携施設 A と B はどう違うのですか？

A : 連携施設 A は、従来のリハ医学会研修施設にほぼ相当すると考えて結構です。これに対して連携施設 B は、指導医が常勤していない、リハ科を標榜していない、などの理由で連携施設 A の基準を満たさないが、基幹施設と連携施設 A のみでは経験不十分な研修項目を補完することのできる施設になります。項目番号 29 も参照して下さい。

21) Q: 日本リハ医学会研修施設でなくても、連携施設 A になれますか？

A: 項目番号 24 にある連携施設 A の説明文にある、「リハビリテーション研修委員会の認定を受け、」とは、日本リハ医学会の研修施設の条件を満たす、ということを意味します。現時点で日本リハ医学会の研修施設でない施設が、連携施設 A として研修プログラムに参加する場合は、日本リハ医学会に速やかに申請して、研修施設の認定を受けて下さい。

22) Q: 私が所属する施設は基幹研修施設の条件を満たしません。項目番号 24 にある連携施設にならないと、専攻医を採用することができないのでしょうか？

A: その通りです。専攻医受け入れを希望し、十分な責任感を持って専攻医を育てるという任務を基幹施設等と協力して遂行しようとする研修施設については、各地域で調整をして頂きたいと思います。状況によっては、他の都道府県の施設を基幹研修施設とするプログラムの連携施設になることも可能です。

23) Q: 現在、どこの大学とも連携施設になっていませんが、今後研修医を受け入れたい場合は、どのような資格と手続きが必要なのか教えていただけませんか？

A: 新専門医制度において専攻医は各研修プログラムに応募していただき、プログラムの基幹施設、連携施設で指導医のもと研修を受けることとなります。したがって今後専攻医を受け入れるには、研修プログラムの基幹施設であるか、連携施設であるかが要件となります。

研修プログラムについては今回ご案内のとおり、所定の手続きがありますが、基幹施設と連携施設がプログラムを編成される際にどの施設とプログラムを組むかについての定めはありません。専攻医は3年間で複数の施設で勤務しなければなりませんので、近隣地域で相互に交流のある各施設で話し合っってプログラムを構成していただくことを想定しています。研修プログラムは、現在各地域毎に基幹施設が連携施設をとりまとめて2016年2月15日までに申請いただくスケジュールですので、急ぎ基幹となる施設とご相談いただくようお願い申し上げます。

24) Q: 項目番号 24 にある連携施設 B について質問します。リハビリテーション科の専門医が常勤しているクリニックで、地域に根差したリハビリテーションが受けられますのですが、連携施設 B になれますか？

A: 専攻医が診療実績を重ねることが出来、連携施設 A の基準を満たさないけれども研修指導医から適切な指導が受けられる施設については、連携施設 B として認定することが可能です。具体的な認定についての判断は、今後研修プログラム申請書を提出いただき審査する際になされることとなります。

25) Q: 項目番号 24 にある連携施設 B について質問します。「指導医が定期的に訪問するなど適切な指導体制をとる・・・」と表現されていますが、具体的にどの位の頻度で訪問するのでしょうか？

A: どの位の頻度で訪問するかについては二つのパターンが考えられます。

1) 連携施設 B に専攻医が、例えば（基幹施設に勤務しながら）週 1 回訪問（見学等）する場合：毎週指導医がついて行っても良いですが、現実的でないので、例えば月 1 回は指導医がついていく、というイメージです。

2) 連携施設 B に専攻医が、（例えば 3 ヶ月間）勤務する場合：例えば月 1 回は指導医が訪問し、カンファレンスに参加する、などです。

26) Q: 項目番号 25 にある、「3 年の年限でリハビリテーション領域の診療実績が保証できる施設群であること」とはどういう意味ですか？

A: 専攻医が 3 年間で、研修カリキュラムに定められている診療実績（整備基準の項目番号 8～11）を満たすように施設群を構成する必要がある、ということです。

27) Q : 専門研修 1 年目(SR1)の研修ですが、基本的に特別な理由がない限り基幹施設で行うこととなっていると思いますが、これは 1 年でなければならないのでしょうか？例えば半年で連携施設に移動し、また SR2 ないし SR3 で基幹施設にもどり、トータルで 1 年以上というコースを組んでよろしいものなのでしょうか？また、やはり SR1 の研修についてですが、連携施設 A からスタートしても良いものでしょうか？

A : プログラム整備基準にありますとおり、基幹施設での研修期間は 6 ヶ月以上、24 か月以内ですので、6 ヶ月経過後に連携施設に異動されることは可能です。また、連携施設 A からのスタートも可能です。

28) Q : 当プログラムの研修施設のひとつにリハビリテーション指導医が在籍しているのに、現行のリハビリテーション医学会の研修認定施設の申請をしていないという施設がございます。この場合、施設基準からすると研修施設 B になるのでしょうか。

A : 専門研修プログラム整備基準に定める要件が満たされていれば、連携施設 A となります。整備基準には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としております。リハ科研修委員会の認定は、リハ医学会の施設認定基準に準拠することとなりますので、現時点で本医学会の認定研修施設では無く、2 月の申請時期に間に合わないようでしたら、後からでも構いませんので本医学会の認定研修施設の申請をして下さい。

29) Q : 項目番号 25 にある回復期リハビリテーション病棟勤務について質問します。2016 年 2 月のプログラム締め切りの時点では、連携施設 B の認定基準を満たせる病院があります。ただし、その回復期病棟の常勤医師は、2016 年 3 月の認定臨床医試験を受けます。締め切り後、プログラム開始までに認定臨床医資格を取得した場合、その連携施設 B は 3 か月以内の専攻医勤務が認められますか。認められない場合、再申請はいつ可能になりますか？

A: 当該医師が認定臨床医試験に合格すれば、3 ヶ月以内の専攻医勤務が認められます。しかし、見込みでの申請は認められない、という専門医機構のスタンスがありますので、これがないと、専攻医の研修条件が整わない（つまり最低 6 ヶ月の回復期病棟の勤務を満たせない）場合は、研修プログラムとして申請することはできません。2017 年の研修プログラム開始後は、6 月時点のデータに基づいて、翌年分のプログラムの修正をして頂くことになります。

30) Q : 項目番号 25 に、「連携施設 B にある回復期リハビリテーション病棟については、リハビリテーション科専門医または日本リハビリテーション医学会認定臨床医が常勤している場合に限り、1 施設当たり 3 ヶ月を上限として勤務を認める。」と記載されていますが、回復期リハビリテーション病棟ではない連携施設 B には 3 ヶ月以上勤務することはできるのでしょうか？

A : 連携施設 B には指導医が勤務していないことが想定されますので（項目番号 24）、専攻医がその施設に勤務（在籍）する場合は、指導医がいなくても専門医か認定臨床医が勤務する回復期リハビリテーション病棟が想定されます。しかし、それ以外の連携施設 B に専攻医が勤務（在籍）という形態をとる場合は、1 施設当たり 3 ヶ月まで、3 年間の研修プログラム全体の中では合計 6 ヶ月まで、として下さい。この 6 ヶ月間は、連携施設 B である回復期リハビリテーション病棟への勤務と別にカウントすることはできません。また、連携施設 B に指導医が勤務していない場合には、基幹施設または連携施設 A の指導医が非常勤等で定期的に訪問し専攻医の指導に当たる必要があります。

31) Q : 項目番号 26 に、「専門研修施設群は、都道府県に 1 群を目安とし組織構成するが、人口が多い場合は複数群となることがある。」とありますが、どのように決められるのですか？

A : 都道府県の人口等を考慮して判断します。都道府県別、あるいは日本全体の研修プログラム数について、過剰に多くならないように日本リハ医学会として調整のお願いをしています。

32) Q : 前問の回答にある「日本リハ医学会としての調整」とは、具体的にはどのように行われるのですか？

A : ①各都道府県最低 1 つのプログラム、②人口に応じたプログラム数、③「医師を養成する大学病院、またはそれと同等の研究・教育環境を提供できると認められる施設」を基幹または連携施設に含めること、を基本方針とし、過去・現在の専攻医（後期研修医）指導歴を重視して調整します。日本リハ医学会としては、適正なりハ科研修プログラム数を想定し、併せてプログラムの質を確保する必要があります。従って調整作業の中には、プログラムの新設、統合などを勧める作業も含まれます。

33) Q : 私が所属する県には基幹研修施設となる施設がない可能性があります。どのようにしたらよいですか？

A : 近隣の都道府県の研修プログラムと協力してプログラムを組むことになります。しかし将来的に県内で研修プログラムを組むことができるように体制を構築して下さい。

34) Q : 当院は回復期リハ病棟を持つ初期臨床研修の基幹型臨床研修病院です。基幹研修施設となつて研修プログラムを組むことは可能ですか？

A : 項目番号 23 の条件を満たし、更に項目番号 25 の条件で研修プログラムを組むことは可能です。但し前述のように、日本リハ医学会として研修プログラムの数と質の調整を行います。

35) Q: 項目番号 26 に、「他の地域あるいは他の専門研修プログラムの施設を連携施設とすることができる。」とありますが、複数の研修プログラムの連携施設になることは可能なのですか？

A: 可能です。同様に、ある研修プログラムの基幹施設が、他の研修プログラムの連携施設になることも可能です。但しこういった場合、指導医や症例数を按分する必要がありますので、HP の「新専門医制度について」の「お知らせ」にある「新専門医制度説明会 11.29 資料（専門研修プログラム）」をよく読んで理解し申請して下さい。指導医が 1 名しかいない施設が、2 つの研修プログラムの連携施設になる場合は、指導医数は 2 分の 1 名ずつという按分になります。

36) Q: 前の質問と関係しますが、一人の専攻医が複数のプログラムにわたって研修することはできますか？

A: できません。専攻医は 1 つの研修プログラムに採用されることになります。但し、整備基準 25 にあるとおり、地域・地方での医療体制の変更で、リハビリテーション専門医研修が継続できないなどの事態に対しては、周辺地域での研修プログラムとの相互乗り入れなどの柔軟な体制で組み直し、専攻医の研修が継続できるように配慮することは可能です。

37) Q: 当院は指導医一人しかいない連携施設Aに該当する施設ですが、現在3つの研修プログラムへの加入を検討しております。先日の説明会では1指導医あたり専攻医2名とありましたが、同時期に二つの研修プログラムから1名ずつ計2名の受け入れは可能でしょうか？ また説明会では同時期に同学年の専攻医の受け入れはダメだというような話もあったような気がしましたが、例えば同時期に二つのプログラムから、同学年の専攻医は受け入れできないのでしょうか？ もしそうであれば時期をずらせば、よいのでしょうか？（例えば上半期にA基幹病院から1年目の専攻医、下半期にB基幹病院から1年目の専攻医）最後に基幹病院の立場から、連携病院の指導医数をカウントする場合、当院が二つのプログラムに参加した場合は1/2名、三つのプログラムに参加した場合は1/3名の扱いになるのでしょうか？

A: 研修プログラム整備基準には、指導医1名が1年間に受け入れ可能な専攻医は2名までと定めていますので、同時期に2つの研修プログラムから1名ずつ計2名の専攻医の受け入れは可能です。しかし、指導医が受け持つ専攻医は、1研修年次1名が基本となりますので、上半期、下半期と時期をずらして同学年の専攻医を受け入れる、あるいは、1年ずつ異なる学年の専攻医を受け入れるということになります。指導医1名が3つの研修プログラムの指導医を兼ねる場合は上記の考えを基本とし、3分の1ずつに按分することになります。

38) Q: 他の基幹病院グループと連携する場合の医師の按分について質問です。他の基幹病院（ないしその関連研修施設A）と連携する場合に指導医を按分しなければならないことになっておりますが、プログラム立案時から按分しなければならないのでしょうか？それとも具体的に専攻医が研修に出るときに、初めて按分した指導医数がみたされていけばよいと解釈することが出来ると思います。

A: プログラム立案時から按分してください。

39) Q : 指導医を持っていて週 4 日ないし 5 日の時短勤務 (10-15 時) という医師がいます。子どもの施設の規定では常勤医ではなく非常勤という扱いになるのですが、実質常勤医レベルの仕事をこなしてくれています。指導医としてカウントしてよろしいものでしょうか？

A : 日本専門医機構の判断では、常勤の指導医は週 32 時間以上の勤務が必要とのことです。但し、育児短時間雇用として週 30 時間勤務でその施設で常勤扱いになっている医師は指導医としてカウント可能です。従ってご質問のような事例であれば、指導医としてカウントすることはできません。

40) Q : 項目番号 27 に、「プログラム全体の 1 年度あたりの受け入れ人数は、各専門研修施設の指導医数と専門研修施設群構成の内容から適切に判断する。」とありますが、どのように判断されるのですか？

A : HP の「新専門医制度について」の「お知らせ」にある「新専門医制度説明会 11.29 資料 (専門研修プログラム)」の 14~21 枚目をよく読んで判断し申請して下さい。申請後に、審査を行う専門医機構の基本領域 (リハ科) 研修委員会の方で調整をお願いします。

41) Q : 項目番号 29 の連携 B に関する記述で「同行できない場合適宜指導医からの指導が受けられるよう連携がとれていること」とは具体例としてはどのようなものがあるのでしょうか？

A : 指導医の同行が原則ですが、連携施設 B に指導医が常勤又は非常勤で勤務している場合は、その指導医の指導を受けることが可能です。このいずれも満たさない場合は、専攻医と別の日程で指導医が連携施設 B を訪問し専攻医の研修状況や医師以外の職種からの評価を確認するなどを客観的に示していただく必要があります。

42) Q : 項目番号 30 に研究に関する考え方が示されていますが、専門医になるのに研究が必要なのですか？

A : いわゆるリサーチマインドも専門医には必要と考えられており、リサーチマインドの修得に必要な配慮も研修プログラムの中で必要になります。

43) Q : 項目番号 31 の意味がよく分かりません。

A : 研修プログラム全体として、余裕を持った症例数や、診断・評価・治療の数を確保することで、各専攻医に十分な診療経験を積ませる必要があります。この為に、1 名の専攻医が経験すべき数（項目番号 8～10）の 2 倍に、更に研修プログラムとして受け入れる年間専攻医数を掛けた数を、研修プログラム全体で確保する必要がある、という意味です。

44) Q : 項目番号 31「診療実績基準（基幹施設と連携施設）[症例数・疾患・検査/処置・手術など]」 1) 2) 3) 全項目で指定されている「症例数」とは、1 年間の症例数総計でしょうか？それとも 3 年間の症例総計数でしょうか？

A : 1 年間です。

45) Q : 項目番号 32 に Subspecialty 領域との連続性について、検討中とありますが、どのようになるのでしょうか？

A : この点は、現時点では専門医機構で作業が進んでおらず未定です。今後決まり次第、お知らせいたします。

46) Q : 項目番号 33 の専門研修の休止・中断の部分がよく分かりません。

A : 専門医機構より「専門研修の中断・延長」として見解が出ています。関連部分を以下に抜粋します。

妊娠、出産・産前後（産休）、育児（育休）、介護（介護休）、病気（病休）、留学等にあたっては、研修プログラムの中断期間を除き、各領域で定められた研修期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対応を行う。短時間雇用での研修でも、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対応を行う。

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等に在籍し、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。

以上の理由や産休による6か月までの中断でも、各領域で定められた研修期間の残りの期間で研修要件を満たしていれば研修期間の延長をせずにプログラム修了と認定する。6か月を超える場合には、研修期間を延長する。中断が6か月を超え1年以内の場合は研修期間を1年延長する。1年をこえる中断の場合は、1年単位でさらに延長する。

なお、さまざまな理由によって生じる短時間あるいは短期間の雇用については、雇用時間の合計をもって研修期間の合計とする。その際、研修期間1年の定義は、週32時間×4週×12か月＝1536時間とする。ただし、育児短時間勤務制度を利用している専攻医の場合は、1年の定義を、週30時間×4週×12か月＝1440時間とする。

47) Q : 当大学ではリハ科指導医の資格をもっているのは教授お一人ということになるのですが、整形外科との併任になっており、整形外科のプログラムでもプログラム責任者になる予定です。今後リハビリテーションを担当する人間を育成していく予定でありますが、この間2つのプログラム責任者として申請することに問題はございませんでしょうか。

A : 2つ以上の診療科の専門研修プログラム管理委員会の委員長（統括責任者）を兼ねることはできません。リハ科指導医の資格をもっているのが教授お一人ということでしたら、教授にリハ科のプログラムの統括責任者になって頂き、整形外科の統括責任者は准教授の先生等になっていただくのが適切と考えます。

48) Q : 項目番号 34 にある統括責任者ですが、リハビリテーション医学会と内科学会の両方の指導医を持っている場合、リハビリテーション医学会（連携施設）と内科学会（基幹施設）のプログラム委員長（統括責任者）を兼務することは可能でしょうか？

A : ある診療科の専門研修プログラム連携委員会の委員長と、他の診療科の専門研修プログラム管理委員会の委員長（統括責任者）を兼ねることは可能です。

49) Q : 項目番号 38 「プログラム統括責任者の基準、及び役割と権限」において、「プログラム統括責任者は所属する施設でリハビリテーション科の科長の立場にあること」と規定されているが、「プログラム統括責任者は、基幹病院の所属であること」は規定されていません。従って、連携施設所属の指導医がプログラム統括責任者となることは可能であると認識していますが、これでよいのでしょうか？

A : ご指摘の通り、そのような読み方もできますが、項目 34 に記載の内容をご覧いただければ分かるように、当然プログラム統括責任者は基幹研修施設の所属であることが想定されています。日本専門医機構の方でも同様に認識していると思われます。

50) Q : 項目番号 38「プログラム統括責任者の要件」において、プログラムの運営に関する講習等を終了していること、と書かれていますが、これは具体的に何を指しているのでしょうか？

A : 「プログラムの運営に関する講習等」に関しては、学会として十分な準備ができておりません。現時点では、下記の日本リハ医学会が行った説明会や講習会（講師名敬称略）のうちいずれかを受講していればプログラム統括責任者に関する上記基準を満たすものとします。また、5）については、日本リハ医学会ホームページの「新専門医制度について」に掲載されている「新専門医制度説明会 11.29 資料（専門研修プログラム）」を熟読した場合も含めることといたします。

1) 2014 年 6 月 6 日の第 51 回日本リハビリテーション医学会学術集会（名古屋）における指導医講習会 1「新専門医制度とこれからのリハビリテーション科専門医研修の在り方」（浅見豊子）

2) 2015 年 5 月 30 日の第 52 回日本リハビリテーション医学会学術集会（新潟）における指導医講習会 1「専門研修プログラムにおける小児リハビリテーション研修のあり方」（芳賀信彦）

3) 2015 年 10 月 9 日に日本リハ医学会が行った説明会（浅見豊子、芳賀信彦）

4) 2015 年 11 月 29 日の第 10 回日本リハビリテーション医学会専門医学術集会（東京）における指導医講習会 1「リハビリテーション科専攻医の指導－専門医の理念と指導医のあり方－」（瀬田拓）

5) 2015 年 11 月 29 日に日本リハ医学会が行った説明会（浅見豊子、芳賀信彦）

51) Q : 項目番号 40 に専攻医の勤務条件について書かれていますが、専攻医を非常勤として雇用しても良いのですか？

A : 雇用形態を問いませんが、週 32 時間以上の勤務時間を研修期間と見なします。但し、育児短時間勤務制度を利用している専攻医に関しては、その期間中は週 30 時間として計算します。

52) Q : 項目番号 43 に「専門研修プログラムの根幹となるマニュアルとして基幹研修施設に以下のものを備えておく必要がある。」とありますが、どのように運用するのですか？

A : 項目番号 44～48 に挙げられているマニュアル等は、資料としてみることはできます。詳細な運用方法は、現時点で未定です。

【研修プログラム申請書】

53) Q: 専門医プログラムの関係で大学から問い合わせがありお伺い致します。リハ医学会での当院の医療機関コードというものはありますか？ 施設認定番号のみ把握しております。

A: 医療機関コードは、リハ医学会固有の番号ではなく、7桁の処方箋発行医療機関コードのことです。医療機関コードは、地方厚生（支）局のホームページで調べることができます。研修プログラム申請書の書式は日本専門医機構の定めた書式に則っており、医療機関コードも各領域共通の記入欄になっています。

54) Q: 申請書Aの－1－の5倫理委員会の有無についてで✓で□内に記入するように指示がありますが、✓を図形で挿入しようとしてもロックされており記入できません。どのように記入すれば良いのでしょうか？また、番号に○をつけるようにという指示が申請書にはありますが、数字の前に○を付けるという意味に理解してよろしいのでしょうか。

A: ☒につきましては、「ちえっく」で変換すると「☒」が選択できると存じますので、こちらの方法でご入力をお願い致します。パソコン機種により上記対応が難しい場合は「■」でも構いません（「しかく」で変換すると「■」が選択できます）。

「番号に○」に関しては、数字の前に○、図形で丸を挿入、数字を変換して①②③・・・とする（「1」で変換すると①が選択できます）、のいずれかの形でご入力をお願い致します

55) Q: 指導医ですが、現時点で指導医でなければならないのでしょうか？2016 年度中に取得見込み、または 2017 年 4 月に当院に赴任する予定の先生などはどのように扱われるのでしょうか？

A: 見込みでの申請は認められない、という専門医機構のスタンスですので、2016 年 2 月 15 日締切の研修プログラムには 2016 年度中に取得見込みの先生や、2016 年 4 月に赴任予定の先生を指導医として記載することは認められません。2017 年の研修プログラム開始後は、6 月時点のデータに基づいて、翌年分のプログラムの修正をして頂くこととなります。

56) Q: 年間あたりの定員の考え方について教えてください。新専門医制度説明会 11.29 資料（専門研修プログラム）の 20 枚目の「T 大学リハビリテーション科専門研修プログラムにおける専攻医定数について」が理解できません。「専門医機構の考え方： 症例数：群全体での年間症例数と群全体での最低実績数の割合が最も厳しい切断（613 例：10 例）より、最大 61 名」の部分です。

A: これは T 大学の研修プログラムの全施設における「年間」の切断数が合計 613 例として考えています。研修プログラム整備基準の項目 31 にあるように、経験できる症例に余裕をもたせるために、「基幹施設と連携施設の合計で、以下に示す疾患群（1）－（8）における 1 名の専攻医が経験すべき最低患者数に、プログラムで受け入れる年間専攻医数の 2 倍を掛けた数を満たす必要がある。」と取り決めており、切断は 10 例が必要です。プログラム全体で 613 例なので、年間 61 名までの受け入れが可能、ということになります。

57) Q: 「リハ科一覧」の 7－1 その他の領域による必要事項の項目についてご質問致します。
・「訓練・福祉機器」というのは具体的にどういうものをカウントするとよいでしょうか？
・「摂食嚥下訓練」は ST と別項目ということは摂食機能療法と考えたらよろしいでしょうか？

A: これらは、専攻医が研修プログラムの中で経験する内容について、研修プログラムとして提供できる数を知るためのものです。学会 HP の新専門医制度のところに公開されている「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」をご覧ください、訓練・福祉機器については 8 ページ目の「h. 訓練・福祉機器」、摂食嚥下訓練についてはその下の「i. 摂食嚥下訓練」、と理解して件数をご記入ください。

58) Q: 専門医研修施設診療実績：一覧表における年間延数の対象期間は、①直近 1 年間（26 年 12 月～27 年 11 月）、②26 年度（26 年 4 月～27 年 3 月）、③その他、のいずれになりますか？

A: 症例数等のカウント方は、施設により異なりますので、年、年度、のいずれを用いても結構です。申請時点でカウント可能な期間で結構ですので、①直近 1 年間 26 年 12 月～27 年 11 月（あるいは 1 月以降に申請であれば、27 年 1 月～12 月）、②26 年度（26 年 4 月～27 年 3 月）、のいずれでも結構です。

59) Q: リハ科一覧表の「専門研修指導医数およびその指導担当分野」または「専門医（指導医を除く）・認定臨床医（指導医・専門医を除く）数およびその指導担当分野」では、例えば 2 人の指導医が両者とも(1)(2)...(8)と全て担当できると自分で思っている場合、(1)-(8)すべてに 2 と記入する、でよろしかったですか。指導医の能力的に指導出来ない分野では人数に加えないという意味になりますでしょうか。

A: これは回答者にお任せしますが、当然指導医の能力的に指導できない分野の人数に加えることは適切ではありません。

60) Q: 「3. 専門研修指導医 数およびその指導担当分野」の項目で、私（あるいは当科）の専門領域（担当分野）はどのようにすればよいか、ご教示ください。治療対象患者は 8 群 各群で多い、少ないの差はありますが、全体にわたって分布しています。あるいは、この項目は基幹病院で記入するのでしょうか。

A: 専攻医を実際に指導出来るとお考えの領域を貴施設にてご記入願います。貴施設の場合は指導医は先生 1 名ですので、該当する項目にそれぞれ 1 をご記入願います。プログラムの申請は、基幹施設が各連携施設にご記入いただいた内容を取りまとめて一括して行います。

61) Q: 3. 専門研修指導医数およびその指導担当分野の記載の仕方について教えて下さい。指導医が 1 名の場合、症例のあるすべての分野について 1 名の指導医が指導しなければなりません、その場合は、指導できるすべての分野について 1 名と記載し、総指導医数=1 名×指導できる分野数と計算するのでしょうか。

A: 1 つの連携施設で、8 つの領域全てを指導する必要はなく、研修プログラムの中で専攻医が全ての領域の必要症例数を研修する必要があります。従って、連携施設に指導医が 1 名であっても、例えば小児疾患と切断しか指導できないのであれば、この 2 つの領域にそれぞれ 1 名と記入し、「総指導医数（上記の合計である延べ数）」の欄に 2 名、「純指導医数（延べ数でなく連携施設 A の純指導医数）」の欄に 1 名、と記入することになります。

62) Q : 3 : リハ科一覧表 (プログラム名称) の「連携施設 B」のシートについて、確認させて下さい。3-1 は、指導医が居るのに連携 A にならない、例えばリハビリテーションを標榜していない場合が該当するのでしょうか。指導医が常駐していたら普通は連携施設 A になれるような気がするので確認です。

A : ご指摘のように、指導医は勤務しているがリハ科を標榜していない場合が含まれます。例えば、指導医資格を持つ人が老人保健施設の施設長になっている、訪問リハビリテーションのクリニックを運営している (リハ科を標榜した上で連携施設 A の基準を満たせば別ですが)、指導医が常勤又は非常勤で勤務している更生相談所、などが想定されます。

63) Q : 3 : リハ科一覧表 (プログラム名称) の「連携施設 B」のシートの「4. 専門領域における年間症例数およびその細目」の例数は、そのまま基幹や連携 A と同等に(専攻医数を決める因子として)症例数に加えられるのでしょうか。それとも「指導医」が居ない連携 B(こちらのほうが普通だと思うのですが)では、一切専攻医のための例数としては使えないのでしょうか。シート「施設群全体」でも B での症例を加えた欄と加えない欄が両方作られており、B での症例も加えての例数であるべきとは思いつつ、どちらで専攻医数を決める因子としての症例数を割り出すか混乱しております。

A : 例えば指導医がいないが、専門医や認定臨床医のいる回復期リハ病棟は、連携施設 B として専攻医の勤務が認められます (指導医の定期的な訪問は必要)。その場合、この連携施設 B で経験する症例は、専攻医の経験症例としてカウントできることになります。

64) Q : 「2017 年の研修プログラム開始後は、6 月時点のデータに基づいて、翌年分のプログラムの修正をして頂くことになります。」と、新専門医制度説明会 11.29 資料、にあります。これは、2016 年 6 月にも行われるのでしょうか。すなわち、2016 年 2 月時点での指導医数で申請して、6 月に修正することになるのでしょうか。それとも、今回に限り 4 月から変わる予定の数を見込んで 2 月時点で申請するのでしょうか。

A : 日本専門医機構から聞いている範囲では、初年度 (2017 年度開始) のプログラムに関しては、2016 年 2 月までの申請時点での指導医数等で判断し、2016 年 6 月の修正は行わない、とされています。

65) Q : 【4,5,7-1】 当院は、回復期病棟 100 床及び療養病棟 50 床で合計 150 床の病院で、回復期病棟以外の療養病棟でもリハビリを提供しておりますが、症例数及び年間検査や専門領域の治療数等は、病院全体の 150 床を対象に算出するのか。又は回復期病棟のみを対象にし、算出するのかどちらでしょうか。

A : リハビリテーション医療を提供され、症例のある全ての病床について記載願います。

66) Q : 【7-4】 附属施設とは、当院に併設されている事業所のみを差すのか、法人内で実施している事業所を含めてもよいのでしょうか。

A : 施設長が同じで、実際に指導医が専攻医を指導することが出来る事業所であれば附属施設に含めても構いません。

67) Q : 年間のべ実症例数を記載することになっていますが、理学療法、作業療法、言語聴覚療法については、1 名の患者が理学療法を 3 単位、20 日間受けた場合はどのようにカウントすればよいのでしょうか？

A : 1 名の患者が理学療法を 3 単位、20 日間受けた場合は、症例数 1 として下さい。

68) Q: 専門医機構の言う指導者とは、リハビリテーション医学会専門医のことでしょうか？それとも指導責任者のことでしょうか？ご教授ください。もし、後者（指導責任者）ですと、いわゆるリハビリテーション医学会専門医を記入するところがなくなってしまう。指導責任者と専攻医を記入する項目は複数箇所ありますが、この中に専門医を入れることは困難と思考します。専門医の数はどのように扱えばよろしいでしょうか？

A: 現在ご案内しているリハ科専門研修プログラムにおける専門研修指導医は日本リハビリテーション医学会の指導医資格の認定を受けている医師となります。指導医の要件は研修プログラム整備基準や指導者マニュアルに定めていますが、専門医としてリハビリテーションに関する診療、教育、研究に従事し、必要な条件を満たした者を指導医としていますように、プログラム開始後に専門医が専攻医の教育に関わることを排除しているわけではありません。専攻医の教育に責任を持つ役割を果たす医師を指導医としています。指導医の常勤していない連携施設B（回復期リハビリテーション施設等）で専攻医が研修する場合は、リハ科の専門医もしくは臨床認定医が常勤していることが条件となっていますので、連携施設Bの一覧表には専門医の数を記載していただきます。

69) Q: 申請書Aの別紙2ですが、連携施設Bで指導医がいない場合、「専門研修指導医数」は0になりますが、それもよいのでしょうか？

A: 指導医不在の施設は、指導医数0と入力していただいてもかまいません。

70) Q: 申請書Aの別紙4ですが、連携施設Bで「医療機関コード」が無い場合（更生訓練所など）、どのようにしたらよいですか。

A: 医療機関コード（7桁）に該当するコードがない場合、「99 9999 9」と入力してください。

71) Q: 複数の基幹施設の連携になる場合、指導医を按分しますが、その場合申請書 A の別紙 4 には、一部の指導医のみを記載すればよいのでしょうか？例えば 2 名の指導医がいる施設が連携施設 A として 2 つの研修プログラムに入る場合 1 名ずつの按分になりますが、その場合 1 名だけ記入するのか 2 名とも記入するのか、ということです。

A: 指導医の按分はあくまでも専攻医募集定員を定めるのに使うものですので、別紙 4 には指導に当たる可能性のある指導医全員を記入してください。

72) Q: 申請書 A の別紙 5 にある【参考】の部分は記載しなくてはいけないのでしょうか？

A: 地域間や研修プログラム間で募集定員の調整をする際に必要な項目ですので、必ず記入してください。基幹研修施設だけでなく連携施設を含めた実数（延べ数ではない）を記入します。「専攻医受け入れ数」とは、リハビリテーション科専門医を目指す後期研修医等を指します。他科から転向して専門医を目指す医師を指導した場合は、それも含めて下さい。「専門医試験合格数」は基幹研修施設と連携施設に所属した医師のうちリハビリテーション科専門医試験に合格した人数です。認定臨床医試験の合格者は含めないでください。「地域医療への配慮に伴う専攻医受入数の調整」の欄には、研修プログラムがカバーする地域のリハビリテーション医療の状況で、専攻医受入数（募集定数）の調整に際して配慮してほしい事項があれば記載して下さい。

73) Q: 専門研修プログラム冊子ですが、専攻医を少しでも早く募集したいため、すぐにでも施設のホームページで公開したいと思います。よいでしょうか？

A: 専門研修プログラムは、専門医機構における一次審査、二次審査を経て初めて承認されます。承認の連絡がプログラム統括責任者に行ってから公表されるのが適切である、というのが専門医機構の考え方です。

74) Q: 専門研修プログラム冊子を作成する際に参考にしたモデルプログラムには、「専攻医の採用と修了について」として、「毎年7月から病院ホームページでの広報や研修説明会等を行い、」のように書かれているものがあります。このタイムスケジュールは決定しているのでしょうか？

A: 現時点では、2016年5月末までに専門医機構による研修プログラムの審査が終了し、6月にプログラムの公表、専攻医の募集が開始され、専攻医の応募締め切りが8月末、9月以降に採用試験、というスケジュールが専門医機構によって提示されています。しかし現時点では確定していませんので、専門研修プログラム冊子に採用に関するスケジュールを記載する場合は、例えば「毎年6月（仮）から病院ホームページでの広報や研修説明会等を行い、」のように記載して下さい。

75) Q: 専門研修プログラム冊子を製作するのに、モデルプログラムを参考にしており、ここには週間プログラムが公表されています。通常、どこの病院や大学、医局でもそうだと思うのですが、抄読会などが朝7時台や8時台にあって、日中は通常の業務をこなし、夕方5時過ぎや6時過ぎにカンファレンスや勉強会などを行うということが、常態化しています。労基法上、研修を週40時間と決めるのは当たり前だとは思いますが、提示する週間プログラムなどでは、この40時間の中に、全てのことを収めきれません。週間プログラムも公表するということは、週40時間以上の拘束時間になってしまうことを、公表してしまうことになってますが、それで良いのでしょうか？

A: 必要な時間外項目については公開されて結構です。もちろん基本的には労働基準局に違反を指摘されるような、当直後の長時間勤務などは避けていただきたいと思います。超勤は少ないほうがよいのですが、80時間の米国を参考として示しますが、なるべく外科系においても60時間以内が常識的な範囲であると考えています。医師の研修のためですので、時間外もないというような研修はない、即ち当直、時間外延長手術、緊急処置など、ある程度の時間外診療は医師としての義務でもあり、また研修にとっても必要である、と専門研修プログラム研修施設評価・認定部門は考えています。しかし、研修プログラムとしてできるだけ超勤が生じないように、効率的な研修時間割を計画するように専門研修プログラム研修施設評価・認定部門として重ねてお願い致します。以上、臨床と研修の必要性から研修プログラムに時間外があることは記載されるべきと考えますが、労働環境の確認の必要性から、サイトビジットの際に超勤については専攻医に質問する項目の一つと考えています。また、当然が多くて申し訳ありませんが、労働に対しては施設が妥当と考える超勤時間の賃金を払うべきであると考えます。

（本回答は、日本専門医機構専門研修プログラム研修施設評価・認定部門による）