

プログラム冊子

金沢大学拠点（石川県・富山県） リハビリテーション科専門研修プログラム

（2022年7月 改訂）

プログラムの概要

- 石川県金沢地区を中心に、石川県、富山県中西部にまたがる2県の研修施設群で構築。
- 金沢大学附属病院を基幹施設とし、7つの連携施設および2つの関連施設（小児施設、難病施設）で構成。
- 回復期リハビリテーション病棟は5つの連携施設が保有。



専門研修の進め方の概要

- 当プログラムは、3年間で金沢大学附属病院を含む2～3の施設をローテート研修し、一施設の連続在籍期間を原則12か月以上とする。
- 当プログラムでは、病棟主治医経験および回復期リハビリテーション病棟の研修は連携施設で行う。リハビリテーション科専門研修カリキュラムの規定で原則12か月以上（6か月以上必須）とされている病棟主治医経験を、主として回復期リハビリテーション病棟での主治医経験で経験する。
- 基幹施設（金沢大学附属病院）に在籍中は、2つの関連施設（金沢市内）に出向く機会を設け、脳性麻痺等の小児患者や神経変性疾患等の難病患者のリハビリテーション医療も研修する。
- 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）、およびリハビリテーション科専門研修カリキュラムの規定に準じ、経験・修得目標を年次ごとに設定し、各年度末に達成度を確認しながら研修を進める。

目次

1. はじめに	p2
2. リハビリテーション科専攻医の到達目標 修得すべき知識・技能・態度など 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得 学問的姿勢とその習得 医師に必要なコアコンピテンシー，倫理性，社会性	
3. リハビリテーション科専攻医の経験目標 経験すべき疾患・病態 経験すべき診察・検査・手術・処置等 地域医療の経験 学術活動	p5
4. 施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方 リハビリテーション科専門研修の具体的な研修方法 リハビリテーション科専門研修の年次毎の研修計画 地域医療について	p7
5. 各施設の設備環境，研修可能な内容 各施設の研修設備概況 各施設の特徴	p9
6. 各施設における専攻医の就業環境 各施設の処遇	p15
7. 研修の休止/中断，大学院，プログラム移動，プログラム外研修	p17
8. 専門研修の管理体制	p18
9. 専門研修プログラムの改善方法	
10. 専門研修指導医の認定要件	p19
11. 各種マニュアル，研修実績記録・評価記録など	
12. 専門研修の評価・修了判定（専攻医が修了に向けて行うべきこと）	p20
13. サブスペシャリティ領域との連続性	
14. 専攻医の受入数・応募方法・採用	p21
15. 日本リハビリテーション医学会への入会	p22

1. はじめに

リハビリテーション科専門研修プログラムは、リハビリテーション医学・医療に関する以下の理念・目的・使命を實踐できる医師を育成することが目的である。

- **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。

リハビリテーション科専門医は、初期臨床研修2年間および専門研修3年間の計5年間の研修で育成する。

ただし、初期臨床研修中におけるリハビリテーション科の選択は必須ではない。

また、初期臨床研修中のリハビリテーション科選択をもって全体5年の研修期間を短縮することはできない。

2. リハビリテーション科専攻医の到達目標

(※詳細は研修カリキュラム参照)

修得すべき知識・技能・態度など

- **専門知識：**
 1. 概論（リハビリテーション医学・医療の定義・歴史など）。
 2. リハビリテーション医学・医療に関する基本的な機能解剖・生理学，運動学。
 3. 障害学（臓器障害，運動障害，日常生活障害，ICFなどの障害分類の知識）。
 4. リハビリテーション医学・医療に関する基本的な医事法制・社会制度。
- **専門技能：**
 1. リハビリテーション診断学：リハビリテーション医療に必要な画像検査・電気生理学的検査・病理診断・超音波検査。運動障害や高次脳機能障害ほか，嚥下障害，心肺機能障害，排泄障害の評価も含む。
 2. リハビリテーション治療：全身状態の管理。障害評価に基づく治療計画立案。PT/OT/ST，義肢装具療法，ブロック療法，関連する薬物治療，生活指導など。
- **各論（疾患別に9領域）：**
 - 1) 脳血管障害・頭部外傷など
 - 2) 運動器疾患・外傷
 - 3) 外傷性脊髄損傷
 - 4) 神経筋疾患
 - 5) 切断
 - 6) 小児疾患
 - 7) リウマチ性疾患
 - 8) 内部障害
 - 9) その他（不動による合併症（廃用症候群），がん，疼痛性疾患など）

各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

チーム医療を実践するリハビリテーション科では、多職種カンファレンスは重要であり、リハビリテーション科専攻医にとって重要な研修項目である。カンファレンスで患者情報を共有したり治療方針を決定したりするなど、多職種が参加するカンファレンスを采配する能力はリハビリテーション科医に強く要求される資質である。臨床カンファレンスは、研修施設ごとに独自にスケジュールが組まれている。

- 専攻医は、カンファレンス中は積極的に意見を述べ、同時にメディカルスタッフからの意見に積極的に耳を傾ける姿勢を身につけなければならない。
- 多職種で意見を述べ合い、議論し、そして具体的な障害状況、ゴール設定、退院に向けた方策など、最終的には医師が意見をまとめる。
- また、カンファレンスのみに限らず、チーム医療を実践するリハビリテーション科医師は機会あるごとに関連職種とのコミュニケーションを頻回にとる姿勢が必要である。

学問的姿勢とその習得

国内におけるリハビリテーション医療の発展と拡充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には、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、また臨床研究等にも積極的に関わる必要がある。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、未解明課題について臨床研究に参加・企画し解決しようとする姿勢が必要である。その研鑽のため、以下のような目標を持つ。

- 経験症例を通じ、障害像・治療・手技等に関して、文献検索等を活用して情報収集を行う能力と態度を修得する。
- 科学的思考・論理的思考に基づく治療を実践するため、専門書や文献を調べたりすることで、EBM・ガイドラインに則した治療を行う。
- 学会で発表する（症例経験発表や研究立案）。
- 生涯学習として研修会・講演会・学会などへ参加する、学術雑誌を定期的に読む、論文を書き投稿する、などの姿勢をもつ。

医師に必要なコアコンピテンシー（基本的診療能力）、倫理性、社会性

-
- 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。専門職として高い自己規制・行動規範を備え行動できる。（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ことができる。
 - 5) 臨床現場から学ぶことの重要性を認識し、その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。普段から時間を遵守するなど、基本的ルールから逸脱した行動をしない。
 - 7) 後輩医師に教育・指導を行うことができる。自らの診療技術、態度が後輩の模範となるように努める
-

リハビリテーション科専門医に求められるコアコンピテンシーの特色を挙げる。

- **コミュニケーション能力**：患者・家族との良好な関係を築くため、また関連職種とのチーム医療を円滑に実践するために欠かせない技術である。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であるが、リハビリテーション科専門研修ではさらに、障害受容に関することなど患者・障害者の心理面に配慮ができる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る。
- **地域医療**：地域におけるリハビリテーション医療の組織におのずと参加し協力ができなければならない。
- **診療記録記載**：基本的な技術は初期臨床研修で習得すべきである。リハビリテーション科専門研修では、リハビリテーション医療ならではの ICF を意識した記録作成や、チーム内で共有できる記録作成を創意工夫あるいは改良改変していく技術を習得する必要がある。
- **医の倫理・医療安全**：身体機能障害や高次脳機能障害、認知機能障害など各種障害を持つ障害者と対峙する上で必要な倫理観を理解する必要がある。診療では、当該患者に対して常に倫理的な配慮をできる能力が必要である。また、当該患者群の医療安全対策・事故防止・事故後の対応をマニュアルに沿って実践できる必要がある。
- **チーム医療の一員として**：チーム医療の必要性和重要性を十分に理解する必要がある。スタンドプレーではなく、チームメンバーとの協調性をもち、チームの意思統一を図るなどリーダーシップを発揮できる必要がある。

3. リハビリテーション科専攻医の経験目標

経験すべき疾患・病態 (※詳細は研修カリキュラム参照)

3年間で100例以上を経験する必要があるが、以下の75例を含める必要がある。初期臨床研修期間に経験した症例は含めることができない。

- | | | |
|-----------------|-----|--|
| 1) 脳血管障害・頭部外傷など | 15例 | 脳血管障害13例, 頭部外傷2例 |
| 2) 運動器疾患・外傷 | 19例 | 以下含む
肩関節・肘関節・手の疾患 3例
股関節・膝関節・足の疾患 3例
脊椎疾患・腰痛 3例
骨折 2例
靭帯損傷・捻挫 1例
絞扼性末梢神経障害 1例
脊柱変形 1例 |
| 3) 外傷性脊髄損傷 | 3例 | |
| 4) 神経筋疾患 | 10例 | パーキンソン病ないしその関連疾患2例含む |
| 5) 切断 | 3例 | |
| 6) 小児疾患 | 5例 | 脳性麻痺2例含む |
| 7) リウマチ性疾患 | 2例 | 関節リウマチ1例含む |
| 8) 内部障害 | 10例 | 以下含む
循環器疾患 2例
末梢血管障害 1例
呼吸器疾患 2例
腎・内分泌代謝疾患 2例 |
| 9) その他 | 8例 | 以下含む
摂食嚥下障害 1例
不動(廃用)による合併症 1例
がん 1例
骨粗鬆症 1例
疼痛性疾患 1例 |

専門医試験受験の申請に際しては、以下が必要である。

- 1)~9)全体で30例の症例報告(担当医として治療方針の立案から治療後の評価までかかった症例)。

1) 脳血管障害・頭部外傷など	3例以上
2) 運動器疾患・外傷	3例以上
3) 外傷性脊髄損傷	1例以上
4) 神経筋疾患	3例以上
5) 切断	1例以上
6) 小児疾患	1例以上
7) リウマチ性疾患	1例以上
8) 内部障害	3例以上
9) その他	3例以上
- 100例の経験症例リスト(症例報告30症例と重なってもよい)
- 30例のうちの1例について、Significant Event Analysisとして専攻医の情勢面などに焦点を当てた症例報告を1つ入れる。

経験すべき診察・検査・手術・処置等（※詳細は研修カリキュラム参照）

リハビリテーション医療に関係が深い分野毎に2例以上経験する必要がある。

I. 概念・基礎科学

リハビリテーション医学の理念・意義・対象・仕組み
臨床解剖学
臨床生理学
運動学、バイオメカニクス

II. リハビリテーション診断

リハビリテーション診察
意識障害の診断
運動障害の診断
感覚障害（疼痛を含む）の診断
言語機能障害の診断
認知症・高次脳機能障害の診断
心肺機能障害の診断
摂食嚥下障害の診断
排尿障害の診断
成長・発達障害の診断
画像検査
骨密度検査
電気生理学的検査
病理検査（エコー含む）

III. リハビリテーション治療

運動療法
物理療法
作業療法
言語聴覚療法
摂食嚥下療法
義肢装具療法、自助具・福祉機器への対応
認知療法・心理療法
ブロック療法
薬物療法
生活指導
排尿・排便管理
手術療法の理解
栄養管理

IV. 学術的活動

科学的思考・論理的思考
（Clinical reasoning, EBM の理解・実践, ガイドライン実践）
生涯教育
（定期的な医学雑誌閲覧, 学術集会・地方会の参加, 学術集会・地方会での発表, 学会主催の講演会・研修会への参加, 医学研究に関する倫理の理解, 医学研究に関する利益相反の理解, 学術発表・論文の読解, 学術研究計画と実施, 学術発表, 医学論文作成）

V. 医療倫理・社会性など

医事法制の理解（医師法, 医療法, 身体障害者福祉法, 医療保険制度, 社会保障制度）
医療経済
医療倫理
医療安全
医師としての態度・連携（態度, マネジメント, 地域連携）

地域医療の経験（病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など）

- 急性期から回復期、生活期における、医療・福祉分野にまたがる地域医療・地域連携を経験する目的で、研修中は「地域医療の経験」が必要である。具体的には①臨床現場経験、②社会活動や地域医療に関する講習会・研修会参加等、の2通りの方法がある。
- これらの実習は、3年間でのべ平日勤務で2週間以上に相当する経験が必要であるが、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。

学術活動

- 日本リハビリテーション医学会が主催する年次学術集会や秋季学術集会、地方会、各種研修会に積極的に参加する。指導医の指導のもと、年次学術集会・秋季学術集会・地方会学術集会での発表を3年間に2回以上行う（※）。
（※）リハビリテーション科専門医の認定要件である。
①学会の主演者の学会抄録2篇を有すること。
②主演者としての発表2回のうち、1回は日本リハビリテーション医学会年次学術集会または秋季学術集会であり、もう1回は日本リハビリテーション医学会年次学術集会、秋季学術集会、または地方会学術集会のいずれかとする
- リハビリテーション医学・医療関連の論文執筆やリハビリテーション関連学会への積極的参加を推奨する。専門研修基幹施設や連携施設などの病院での臨床研究、大学院での研究等への参加を推奨する。

4. 施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方

リハビリテーション科専門研修の具体的な研修方法

- 臨床現場での学習： 指導医からの指導にとどまらず、セラピストらとのカンファレンス、専門診療科とのカンファレンスを通して病態と診断過程を深く理解し、ゴール・治療期間の設定、リハビリテーション処方、医療福祉制度を活用した退院支援などのアプローチを学ぶ。抄読会や勉強会、インターネットによる情報検索の指導を行う。小児外来・補装具外来・摂食嚥下外来・痙縮外来などの専門外来での指導医からの指導を通じて、高度な技能を修得する。
- 臨床現場を離れた学習： 日本リハビリテーション医学会の学術集会や日本リハビリテーション医学会が認めた各種研修セミナー、北陸三県内で開催されるセミナー・講習会などで、①国内外の標準的治療および先進的・研究的治療を学習する機会、②医療安全・感染対策・医療倫理などを学ぶ機会、③指導・教育、評価法などを学ぶ機会、を作る。
- 自己学習： 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認めた各種研修セミナーへの参加（病態別実践リハビリテーション研修会等）や、同学会が提供する e-learning 等を履修することで不足している経験を補うことができる。不足領域のより深く学習のために積極的に活用されたい。

リハビリテーション科専門研修の年次毎の研修計画

(※詳細は研修カリキュラム参照)

I 専門研修1年目

- ◇ コアコンピテンシー：
指導医の助言・指導のもと実践できる。
- ◇ 基本的知識・技能：
指導医の助言・指導のもと、別途カリキュラムでAに分類されている評価・検査・治療の概略を理解し、一部を実践できる。

II 専門研修2年目

- ◇ コアコンピテンシー：
指導医の監視のもと、効率的かつ思慮深くできる
- ◇ 基本的知識・技能：
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。

III 専門研修3年目

- ◇ コアコンピテンシー：
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
- ◇ 基本的知識・技能：
指導医の監視なしでも、別途カリキュラムで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。

地域医療について

当プログラムでは、「地域医療（のべ平日勤務で2週間以上に相当する経験）」を以下のように経験することができる。

- 臨床現場経験： おもに連携施設での研修期間中に経験できる。①生活期患者の外来診療。担当MSW、担当ケアマネージャーとの意見交換。②介護認定医師意見書の記載。③通所・訪問リハビリテーション、訪問診療（介護保険）。④住宅改修のための家屋訪問、等。
- 社会活動参加・研修会参加等： 脳卒中連携パスや大腿骨頸部骨折連携パスでの病診・病病連携会議への出席、介護保険審査委員（医師）の業務補助、かわりのある患者会への参加、地域医療に関する講習会・研修会参加等。これらは基幹施設在籍中も経験可能である。

5. 各施設の設備環境・研修可能な内容

■基幹施設

< > : 二次医療圏

<石川中央> 金沢大学附属病院

□関連施設

<石川中央> 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

<石川中央> 独立行政法人国立病院機構 医王病院

■連携施設

<石川中央> 石川県済生会金沢病院

<石川中央> 医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院

<石川中央> 公益社団法人石川勤労者医療協会 城北病院

<南加賀> 特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター

<能登中部> 社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院

<砺波> 市立砺波総合病院

<富山> 富山県リハビリテーション病院・こども医療センター

各施設の研修設備概況

金：金沢大学附属病院 濟：石川県済生会金沢病院 浅：浅ノ川総合病院 城：城北病院
 や：やわたメディカルセンター 恵：恵寿総合病院 砺：市立砺波総合病院
 富：富山県リハビリテーション病院・こども医療センター

	金	濟	浅	城	や	恵	砺	富
外来診療	●	●	●	●	●	●	●	●
回復期病床		●	●	●	●	●		●
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			●	●	●	●		●
通所リハビリテーション			●	●	●	●		
老健施設の経験						●		

● 十分経験できる ○ 併設施設ないし関連施設を利用して経験できる

各施設の特徴

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)

指導責任者： 八幡徹太郎 (科長, 研修プログラム代表統括責任者)

指導医： 八幡徹太郎, 山口朋子

【特色】

リハビリテーション科の病床はないが、院内各科からのリハビリテーション治療依頼件数は年間 3,500 件に上り、担当分担制にしても年間 500~1,000 例の患者を診るため、一例一例ポイントを簡潔にとらえる能力は身に付きやすいと考えている。脳血管障害や骨折外傷が少ない反面、他病院では少数の症例がむしろ多い。脳腫瘍や頭頸部腫瘍の手

術患者などである。待機手術例（心臓手術・大血管手術・肺葉切除・消化器系手術）は原則、術前から診療している。がん拠点病院であり、がん患者のリハビリテーション依頼件数が多い。生活期の義足ユーザーのうち、膝上切断例は当院で多くをフォローアップしている。リハビリテーション科医が整形外科医局に籍を置くことを活かし、整形外科カンファレンス参加、整形外科関連のセミナー参加、あるいは整形外科各専門グループとの情報交換を多く行い、運動器疾患の苦手意識克服に努めている。研修プログラムにおける基幹施設の役割として、在籍期間中の学術的活動（学会、研究）は大いに推奨している。また、当院在籍中は近隣の関連施設への訪問研修（脳性麻痺、小児、難病）を提供している。

【病床】 なし

【週間スケジュール】

	AM	PM
月	カルテカンファ、外来診療（新患）	再診外来・検査等
火	カルテカンファ、外来診療（新患）	再診外来・検査等
水	再診・検査等／研究活動等	
木	カルテカンファ、外来診療（新患）	再診外来・検査等
金	9時～WEB勉強会 再診・検査等／研究活動等	

担当者コアカンファレンス ---定期：火木 8～9 時. ほか適宜
 心疾患集団リハビリテーション ---毎日 AM
 P0 との義肢・装具外来 ---毎週木曜午後
 関連施設研修 ---指導医と相談の上、随時訪問研修
 整形外科カンファレンス ---毎朝 8:30～9 時頃

（関連施設）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
 小児リハビリテーション医療に特化した研修が可能。脳性麻痺、ダウン症、自閉スペクトラム症、ADHD、運動精神発達障害、二分脊椎、小児整形疾患、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、障害児の入所支援や在宅支援施設を兼ね備えている。

関連施設責任者：櫻吉啓介（センター長、整形外科専門医）
 指導補佐： 櫻吉啓介、野村一世（専門：小児整形疾患等）
 指導担当： 八幡徹太郎（金大）

（関連施設）独立行政法人国立病院機構 医王病院

〒920-0192 石川県金沢市岩出町二 73-1 電話 076-258-1180
 重症心身症児（者）、神経難病患者、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、人工呼吸器装着患者 100 名を越える呼吸理学療法体制もある。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関連職種は PT、OT、ST ほか臨床心理士の常勤も 3 名いる。外来では発達障害児に対する OT と ST のチームアプローチを行っている。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。

関連施設責任者：高橋和也（常勤専門医・指導医）
 指導補佐： 高橋和也、本崎裕子（常勤専門医）
 指導担当： 八幡徹太郎（金大）

（連携施設）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）

指導責任者： 岸谷 都（リハビリテーション部部长・診療部長）

指導医： 岸谷 都，川北 整（診療部長）

【特色】

260床の二次救急医療機関である。急性期，回復期，生活期リハビリテーションの研修が可能である。脊椎・骨関節疾患の手術例が多い，脳血管障害の症例は県内の救急医療機関より連携パスにて紹介され，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，自宅復帰率も高い。また，糖尿病，慢性腎不全（透析例）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。28床の緩和ケア病棟があり，がんのリハビリテーションを積極的に提供している。院内に訪問看護ステーションがあり，そこにもPT，OTを配置し生活期リハビリテーション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」とも連携し，福祉用具，住環境調整にも重点を置く医療活動を展開している。

【病床】 回復期病床45床。関連病床として緩和ケア病棟28床。

【週間スケジュール】

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

土曜業務（月2回，午前のみ）：回復期病棟業務

（連携施設）医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院 リハビリテーション科

〒920-9621 石川県金沢市小坂町中83番地 電話076-252-2101（代表）

指導責任者：井戸 一憲（リハビリテーション科部長）

指導医： 井戸 一憲，染矢 滋（リハビリテーション科顧問）

【特色】

急性期病棟，地域包括病棟，回復期病棟，療養病棟，訪問看護ステーションを有し，つなぎ目のないケアミックス型の医療を提供している。急性期，回復期，生活期リハビリテーションの研修が可能である。総合病院の利点を活かし，関連診療科との院内連携しながら疾病・障害を横断的かつ総合的に診る事ができる。回復期病棟には院内からの脳血管障害，整形疾患などに加え，金沢市内の急性期病院からの転院を受け入れている。自宅退院の場合には訪問看護ステーションに配置された療法士へ申し送ることでスムーズな在宅生活への移行を目指している。

【病床】 回復期病床50床

【週間スケジュール】

	AM	PM
月	回復期病棟業務・朝回診 外来業務	カンファレンス 一般病棟回診
火		回復期総回診
水		カンファレンス
木		一般病棟カンファレンス
金		カンファレンス 脳神経病棟・療養回診

土（第2土曜休日） 回復期病棟業務

(連携施設) 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)

指導責任者：中崎 聡 (医長)

指導医： 中崎 聡

指導補佐： 笛吹 亘 (医長, 常勤専門医)

【特色】

当院は、救急施設、急性期病床、亜急性期病床、回復期病床、療養病床を有し、すべての病棟と外来でリハビリテーションを行っている。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。365日リハビリテーションを行い、訪問リハビリテーションも行っている。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。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、地域に根付く病院、地域を支えるリハビリテーション医療を追究しており、そういった研修が行いやすい環境がある。

【病床】 回復期病床 4 6 床. 関連病床として療養病床 9 0 床

【週間スケジュール】

	AM	PM
月	外来 (嚥下・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 (嚥下・装具・リハビリ)	VE, 病棟
水	朝会	VE, 病棟
木		
金	外来 (嚥下・装具・リハビリ)	VF, 回診, 嚥下カンファレンス

(連携施設) 特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター

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

指導責任者： 西村 一志 (副院長)

指導医： 西村 一志, 池永 康規 (リハビリテーション科科长)

指導補佐： 三苦 純子 (常勤専門医)

【特色】

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、Dr, Ns, PT, OT, ST, MSW による入院リハビリテーションチーム医療の北陸におけるモデル施設である。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や管理栄養士もルーチンに加わり、365 日リハビリテーションを実施し、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。同内施設で在宅サービスも提供しており、在宅支援の研修もできる。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」とも連携しており、予防医学にも関心を持てる。また、心疾患リハビリテーションは周辺施設との連携体制を構築しており、心疾患リハビリテーションの全 phase を一施設で経験できる。

【病床】 9 7 床 (うち回復期病床 4 3 床)

【週間スケジュール】

	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 水・金pm: リハビリテーション科外来
火		
水		
木		
金		

土 (第1, 第3のみ) : 回復期病棟業務

(連携施設) 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)

指導責任者： 川北慎一郎 (リハビリテーション科科长, 副院長)

指導医： 川北慎一郎

【特色】

能登地区の救急医療の要となる病院であるため、数多くの脳卒中、骨折、および肺炎や心疾患などの内科疾患の急性期リハビリテーションが豊富である。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日リハビリテーションを実施している。また、董仙会は「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ビリテーションと関係の深い多数の関連施設を保有するため、研修では十分量の生活期リハビリテーションを経験できる。障害者の授産施設や、健康増進施設を利用した生活機能改善アプローチの研究は当施設の特徴である。急性期リハビリテーション室と回復期リハビリテーション室を別々に設置している点も特色である。

【病床】 回復期病床 47床

【週間スケジュール】

	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)	嚥下外来・VE/VF	認知症回診
金	外来・訪問・プール訓練		

(連携施設) 市立砺波総合病院 リハビリテーションセンター

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

指導責任者： 高木 泰孝 (副院長)

指導医： 高木 泰孝

指導補佐： 中波 暁 (センター長、常勤専門医)

【研修施設としての特色】

回復期含めリハビリテーション科の病床はないが、急性期病院として富山県西部の砺波地区 15万人医療圏の中核病院であり、患者数は極めて豊富である。ICUから亜急性期、そして急性期から地域へつなぐリハビリテーションを行っている。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件数が多い。infusion pumpの留置からその後のリフィルまでを一貫フォローしている施設として全国に比類がなく、ITB療法の全貌を診ることができる。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) がある。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数多く経験できる。

【病床】 なし

【週間スケジュール】

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

(連携施設) 富山県リハビリテーション病院・こども支援センター

〒931-8517 富山県富山市下飯野 36 電話 076-438-2233

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，吉野 修（医長），浦田 彰夫，影近 謙治（病院長）

【特色】

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施設で，回復期から生活期の標準的なリハビリテーション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ビリテーション，そして小児リハビリテーション（重度心身障害児、発達障害児）の研修が行える．病院では回復期から生活期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・訪問リハビリテーションを全県下に展開し，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．小児のNICUからの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したため，小児リハビリテーション研修の経験幅も拡大した．

【病床】 80床（うち回復期病床60床）

【週間スケジュール】

		AM	PM
月	カンファレンス	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，嚥下カンファレンス
水	総回診		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	カンファレンス		入院時カンファレンス

6. 各施設における専攻医の就業環境

専攻医の就業環境は、各研修施設が設定する就労条件に準じる。

- 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勤務開始の時点で説明を行う。
- 基幹施設および連携施設の責任者は、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尊重し、適宜、専攻医の労働環境改善に努める。
- 専攻医および指導医は、研修年次毎に専攻医研修施設に対する評価を行う。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る（労働時間、当直回数、給与など、労働条件に関する事項が含まれる）

就労者支援制度・設備など	金	済	浅	城	や	恵	砺	富
宿舎（月額負担有を含む）	×	×	×	○	○	○	×	△
住宅手当補助（★1）	×	○	○	○	○	○	×	×
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（★2）	×	○	○	○	○	○	×	○
健康診断	○	○	○	○	○	○	○	○

※ 給与は、各施設の規程（公立は公務員規程）に準ずる

★1 条件・内容は施設によって異なる

★2 原則的には筆頭発表者である場合の補助制度

○あり ×なし

金：金沢大学附属病院 済：石川県済生会金沢病院 浅：浅ノ川総合病院 城：城北病院
 や：やわたメディカルセンター 恵：恵寿総合病院 砺：市立砺波総合病院
 富：富山県リハビリテーション病院・こども医療センター

各施設の処遇

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、指導医付の整形外科当直）

休暇 年次有給：あり、夏季：あり、年末年始：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

石川県済生会金沢病院

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: 5日間, 年末年始
社会保険 健康保険, 厚生年金, 雇用保険等

医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院

雇用形態 常勤
勤務形態 月～金 8:30～17:00, 土曜隔週勤務 (第2土曜休み)
当直宿直 無
休 暇 年次有給: 勤務6か月経過後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

石川勤労者医療協会 城北病院

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

特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター

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

薫仙会 恵寿総合病院

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: 10日程度, 夏期: 3日
社会保険 健康保険, 厚生年金, 雇用保険等

市立砺波総合病院

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: 年間20日, 夏期: 5日間
社会保険 地方公務員共済組合保険, 公務災害保険

富山県リハビリテーション病院・こども支援センター

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: 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

7. 研修の休止・中断，大学院，プログラム移動，プログラム外研修の条件

休止・中断

出産・育児・疾病・介護・留学などを理由とする専門研修プログラムの休止・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する。

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可能性を検討し、柔軟な専門研修プログラムの対応を行う。

休止・中断の期間が6か月を超える場合、研修期間を延長する必要がある（カリキュラム制に移行して研修を継続する）。

ほかの専門研修プログラムに内地留学のような形で研修を行う場合、特別な場合を除いてこれを正規の研修期間として取り扱うことはできない。研修の休止・中断として取り扱う。（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）

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、専門研修期間として取り扱うことはできない。研修の休止・中断として取り扱う。

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等を行う期間（臨床研修を現場で実際的に並行できている）については、そのまま専門研修期間に含めることができる。

プログラム移動

住所変更（転居）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、専門研修プログラムの移動（転居先の専門研修プログラムの受け入れ態勢）について対応を検討する。

プログラム外研修

当該プログラムの研修に影響のないものに関しては許容する。

8. 専門研修の管理体制

◇ 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。

◇ 研修プログラム管理委員会

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

当専門研修プログラムを横断的に管理・統括する委員会。基幹・連携・関連施設の全体での委員会を定期的に開催し、研修体制、その運用の検討、専攻医の研修進捗状況等の確認を行う。

専門研修プログラム管理委員会の業務は以下の通り。

- 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）の紹介幹旋、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

◇ 各研修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
研修体制や受け入れ専攻医に関する各施設の委員会。

9. 専門研修プログラムの改善方法

◇ 専攻医や指導医による評価・フィードバック

専攻医は、年次毎に指導医・研修施設・研修プログラムに対する評価を行う。指導医も、研修施設・研修プログラムに対する評価を行う。質問紙を用いる。評価結果は、専門研修プログラム管理委員会に提出される。同管理委員会はこれを研修プログラムの改善に役立てる。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。

◇ 監査・訪問調査（サイトビジット）

当専門研修プログラムの運営状況に関して、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（研修指導体制や研修内容についての調査）を適宜受ける。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や専攻医待遇の改善に努める。また、プログラム更新の際には、サイトビジット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。

10. 専門研修指導医の認定要件

指導医は、専攻医の教育の中心的役割を果たし、指導した専攻医を評価する。指導医は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り、下記の基準を満たす。

- 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、指導法修得のため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（指導医の認定や更新のために必須）。同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る。

※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）も受ける。

11. 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る。（日本リハビリテーション医学会のHPよりダウンロード可能）

- 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

◇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する。少なくとも年1回、自己達成度評価により各分野の形成的自己評価を行う。また、指導医による形成的評価、フィードバックも受ける。研修カリキュラムに則り、少なくとも年1回（各年度末）、各分野の形成的評価・総括的評価を行う。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。

◇専攻医の研修履歴・実績・評価などの保管

基幹施設では、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、研修評価を保管する。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する。

12. 専門研修の評価・修了判定（専攻医が修了に向けて行うべきこと）

評価：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ており、各年度末に修得目標に対する達成度を評価する。

- 専攻医は、経験症例数・研修目標達成度を自己評価する。
- 指導医は、専攻医の研修目標達成度を客観的に評価する。
- 医師としての態度については、自己評価、客観評価（指導医、指導責任者、関連職種者）を行う。
- 専攻医は、「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毎年9月末（中間報告）と3月末（年次報告）に作成し、指導医はそれに評価・講評を加え、専攻医がこれを専門研修プログラム管理委員会に提出する。
- 「実地経験目録様式」は、6か月ごとに専門研修プログラム管理委員会に提出する。自己評価、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る。

修了判定：年次毎の評価表と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かどうか、症例経験数が規定数を満たしているかどうか、研修出席日数が足りているかどうか、を研修プログラム管理委員会で審議し、研修プログラム統括責任者が修了の判定を行う。

- 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」を研修プログラム管理委員会に申請する。
- 専門研修プログラム管理委員会は、5月末（※予定）までに修了判定を行い、研修証明書を専攻医に発行する。

専門医認定試験受験の申請は、この修了判定を得たあとに可能となる。

13. 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、その後、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、認知症、電気生理学、嚥下障害など）の専門資格を取得できる可能性があるが、そのための要件（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）については専門医機構にて検討中である。

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、日本専門医機構・日本リハビリテーション医学会からの指針を準拠し、当研修期間の途中からでも適切に対応していく考えである。

14. 専攻医の受入数・応募方法・採用

専攻医の受入数： 各年次 **3名**

金沢大学拠点（石川県・富山県）リハビリテーション科専門研修プログラムの各年次の専攻医受け入れ定数は3名までとします。

当プログラムへの応募方法：

以下4つを提出して下さい（紙媒体にて郵送）。

- 応募書および応募所信書（※）
- 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

（※）は、以下のいずれかの方法で入手できます。

- ウェブサイトからダウンロード：
[北陸三県のリハビリテーション科専門研修プログラム \(umin.ac.jp\)](http://umin.ac.jp)
- 上記からダウンロードできない場合は seikei@med.kanazawa-u.ac.jp まで、「リハビリテーション科科长」宛にて「応募書希望」と書いて問い合わせください。メール返信にて書類を添付送信します。

応募のから採否通知までの流れ：

正式な時期は、毎年、日本専門医機構から提示されます。（以下、参考）

一次応募締め切り	11月末（予定）	
書類選考・面接	12月（予定）	
採否決定と通知	12月末～1月初旬（予定）	※本人に直接通知

15. 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では、
「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、学会会員の資格を保持している必要がある」
とあります。

専攻医として研修が始まる前（年度が変わる前）に、日本リハビリテーション医学会へ入会手続きをすませて下さい。

この事に関しては、不明な点もふくめ、事前に研修プログラム統括責任者との確認を行ってください。

なお、初期臨床研修の期間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。

日本リハビリテーション医学会入会からの期間が専門医認定受験資格の要件の一つになっているため、専門研修プログラムでの採用が決まり次第、早めに日本リハビリテーション医学会への入会手続きを済ませることをお勧めします。

金沢大学拠点（石川県・富山県）
リハビリテーション科専門研修プログラム

（2022年7月 改訂）