

長野県リハビリテーション科専門研修プログラム

目次

1. 長野県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. 年次毎の研修計画
9. 専門研修の評価について
10. 専門研修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
16. Subspecialty 領域との連続性について
17. 専攻医の受入れ数について
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
20. 専門研修指導医
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. 長野県リハビリテーション科専門研修プログラムについて

1) はじめに

長野県は平均寿命が男性 80.88 歳、女性 87.18 歳(平成 22 年)と男女共に全国一の長寿県ですが、健康寿命は男性 71.17 歳(6 位)、女性 74.00 歳(17 位)であり平均寿命と健康寿命の差(男性 9.71 年、女性 13.18 年)は全国平均(男性 9.13 年、女性 12.68 年)よりも長くなっています。平均寿命と健康寿命の差が大きいことは医療費や介護給付費の更なる増大を招くことになるため、長野県では健康長寿(平均寿命と健康寿命の差を短縮させる)を志向した様々なプロジェクトが推進されています。また長野県における死因別死亡確率を見ると、三大疾病のうちで悪性新生物、心疾患は男性、女性共に全国平均より低く、脳血管疾患は全国 1、2 位の高さです。これらの疾患の急性期および慢性期(回復期)におけるリハビリテーション医療の重要性は高く、治療過程における患者の生きがいと生活機能維持、改善、障害を背負った患者の社会活動復帰に大きく寄与します。

しかし、長野県におけるリハビリテーション医療の実際を見ると、リハビリテーション科専門医は 40 名(全国では 2279 名)、うち指導医 24 名で、専従の指導医が常勤でリハビリテーション科が独立している施設はわずか 13 施設に過ぎず、長野県全体のリハビリテーション医療の需要に対応することは困難な状況です。長野県の人口は約 200 万人で、その面積は全国で 4 番目の広さです。本研修プログラムは、この広大な地域の中で各施設それぞれの専門性(特性)を生かして、お互い密接に連携して高い知識、技能を有するリハビリテーション科専門医を育成していくことを使命としています。今回、新専門医制度施行にあたり臨床、教育、研究において長野県をリードしている信州大学医学部附属病院が基幹施設となり、県内の指導医常駐施設の多くが連携施設として協力し合って将来を担うリハビリテーション科専門医育成を目的として専門研修プログラムを立ち上げました。幅広い専門領域、急性期、回復期、維持期を専門とする 10 の施設群で成り立つ本研修プログラムでは、臨床的、学術的研修が十分に行えるだけでなく、県内全域にわたり専門診療科を超えた人間関係の構築にも寄与するものと思います。

2) 長野県リハビリテーション科専門研修プログラムの概要

リハビリテーションは、医師、看護師、療法士(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)、その他関連職種を含む多職種がチームで一人一人の患者に関わってその生活機能を高め、また、生活環境、地域社会に働きかけて、全人的な生活の質を高めるために遂行されます。この中でリハビリテーション科専門医は、障害に対する専門的治療技能と幅広い医学的知識、経験を持ち、他の専門領域と適切に連携するチームリーダーとしてリハビリテーションを主導する役割を持ちます。

リハビリテーション科専門医制度はリハビリテーション医学、医療に関する専門的な知識、技能を有し、患者から頼られる資質、行動力を有する医師を育成し、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、発展させ、さらに障害者を取り巻く福祉分野にも貢献す

るための制度で、リハビリテーション科専門研修プログラムは、2018 年度から開始される新専門医制度のもと、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。長野県リハビリテーション科専門研修プログラムは、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。

長野県リハビリテーション科専門医研修プログラムでは長野県の医療の中核を担い、医師の養成、教育、研究についても中心となっている信州大学医学部附属病院が基幹施設となり、専門指導医が常駐して長野県のリハビリテーション科専門医育成の志を持つ施設と連携して、長野県全体のプロジェクトとして、リハビリテーション医学、医療を急性期から回復期、在宅医療に至るまで幅広く修得でき、医師としての人格形成や研究に対する姿勢や方法論の修得にも寄与することを目的としています。長野県リハビリテーション専門研修プログラムでは、(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。

本研修プログラムは基幹施設と連携の病院群で行われます。研修プログラム修了後には、大学院への進学や subspecialty 領域専門医の研修を開始する準備も整えられように研修を行います。研修の一部に臨床系大学院を組み入れるコースも設定します。

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、必修になることはありません。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困難です。

・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。

・長野県リハビリテーション科専門研修プログラム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

(脳血管障害 13 例、外傷性脳損 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、転移性脊髄脊椎腫瘍、など外傷性脊髄損傷と同様な症状を示す疾患を含めてもよい)

3) 運動器疾患・外傷: 22例

(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、(脳性麻痺 2 例以上)

5) 神経筋疾患: 10例、(パーキンソン病 2 例以上)

6) 切断: 3例

7) 内部障害: 10例

(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

(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。しかし実際には、個々の年次に勤務する施設には特徴があり、その中でより高い目標に向かって研修することが推奨されます。

・**専門研修 1 年目(SR1)**では、指導医の助言・指導の下に、別記の基本的診療能力を身につけるとともに、リハビリテーション科の基本的知識と技能(研修カリキュラムでAに分類されている評価・検査・治療)概略を理解し、一部を実践できることが求められます。

【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)後輩医師に教育・指導を行うこと

・**専門研修2年目(SR2)**では、基本的診療能力の向上に加えて、診療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年目の研修病院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。専攻医は学会・研究会への参加や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1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。

図1. 専門研修2年目の基本的知識と技能習得目標

知識: 障害受容、社会制度など

技能: 高次脳機能検査、装具処方、ブロック療法、急変対応など

指導医の監視のもと、研修カリキュラムで A に分類されている評価・検査・治療の大部分を実践でき、B に分類されているものの一部について適切に判断し、専門診療科と連携できる。

詳細は研修カリキュラムを参照。

・**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・技能の習得に当たってください。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。

図 2. 専門研修 3 年目の基本的知識と技能習得目標

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。

3) 研修の週間計画および年間計画

① 基幹施設 (信州大学医学部附属病院リハビリテーション科)

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00リハ科カンファレンス							
9:00-10:00リハ患者診察							
10:00-12:00リハ患者診療							
13:00-17:00回診・リハ患者診察							
10:00-12:00義肢・装具外来							
14:00-16:00心リハ外来							
13:30-14:00呼吸サポートチーム回診							
16:00-17:00整形外科回診							
15:00-16:00嚥下造影							
15:00-16:00神経伝導速度, 筋電図							
17:00-17:30循環器カンファレンス							
17:30-18:00救急カンファレンス							
19:00-21:00関連施設合同カンファレンス (3~4か月に1回)							

※上記以外に、小児カンファレンス (月 1 回)、整形外科疾患別カンファレンス、乳がんカンファレンス、呼吸器カンファレンス等あり。運動器、小児、がんリハ等の勉強会もあり。

②連携施設(佐久総合病院)

	月	火	水	木	金	土	日
8:15-8:30病棟打ち合わせ							
8:15-8:45他科とのリハカンファ							
8:30-9:00脳卒中急性期回診							
9:00-16:30リハ科外来(院内コンサルテーションを含む)							
9:30-11:00病棟回診							当番
11:00-12:00医局勉強会							
13:00-13:20脳卒中急性期リハカンファ							
13:30-16:00義肢装具外来							
14:00-15:00嚥下造影検査							
14:00-16:30電気生理学的検査							
15:30-16:30病棟カンファランス							
17:00-18:30医局勉強会							

※上記以外に、車いす外来、テクノエイド回診、訪問診療、近隣福祉施設へのリハ指導、高次脳機能障害・嚥下障害・小児リハに関するカンファなどがある。

③連携施設(佐久医療センター)

	月	火	水	木	金	土	日
7:45-8:30脳卒中急性期リハ回診							
8:15-8:30他科とのリハカンファ							
8:30-8:45リハスタッフとのミーティング							
8:45-9:00脳卒中急性期リハカンファ							
9:00-17:00リハ科外来 (ほぼ院内コンサルテーションのみ)							
13:00-17:00心リハ外来							
14:00-15:00嚥下造影検査	(必要時)	(必要時)		(必要時)	(必要時)		
13:00-17:00嚥下内視鏡検査	(必要時)	(必要時)		(必要時)	(必要時)		
17:30-19:00脳外科カンファレンス							
8:30-9:30 総合腫瘍カンサーボード						(第2・4)	

※上記以外に、各関連部署との委員会、会議等あり。

④連携施設(長野中央病院)

	月	火	水	木	金	土	日
9:00-12:00老健診察							
9:00-12:00リハ外来(土曜隔週)							
9:00-12:00一般内科外来							
10:30-11:30回復期入所判定会議							
11:00-12:00回復期新患診察							
13:00-15:30多職種総回診							
14:00-15:00リハ診察							
15:00-16:00装具診察							
15:00-16:00嚥下内視鏡							
15:30-17:15多職種カンファレンス							
16:00-17:00リハ科Drカンファ							
19:00-19:30医局会議							
19:30-20:30救急症例カンファ							

⑤連携施設(鹿教湯病院)

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-9:00, 13:00-14:00 TMS治療							
9:00-10:00 リハビリ病棟患者回診							
9:00-11:00 呼吸器リハ回診							
9:00-10:30 義肢・装具外来							
10:30-12:00 TMS・ボトックス外来							
13:00-13:30 放射線科画像カンファレンス							
14:00-14:30入院時合同診察 (入院がある日のみ)							
14:00-15:00 ボトックス治療							
15:40-16:20 機能的MRI (fMRI) 検査							
16:00-17:00 リハビリ症例カンファレンス							
脳波, 筋電図, 神経伝導速度							
嚥下造影							

⑥連携施設(三才山病院)

時間	研修内容	頻度	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:30	病棟会議	毎月							
8:30-9:00	申し送り	毎週							
9:00-10:00	ケースカンファレンス	毎週							
9:00-10:00	合同回診	毎週							
10:00-12:00	診察	毎週							
10:00-11:00	初回カンファレンス	予定日							
11:00-12:00	合同入院時診察	入院日							
11:00-12:00	神経ブロック	予定日							
13:00-17:00	診察	毎週							
13:00-14:00	嚥下内視鏡検査	毎週							
14:00-15:00	嚥下造影検査	毎週							
15:00-16:00	ブレースクリニック	毎週							
16:00-17:00	サービス担当者会議	予定日							
16:30-17:30	呼吸ケアチーム回診	毎月							
17:30-18:30	嚥下検査カンファレンス	毎月							

⑦連携施設(信濃医療福祉センター)

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-10:00 病棟回診							
10:00-10:30 リハ科カンファレンス							
10:00-12:30 リハ患者診療			発達障がい		発達障がい		
14:00-16:30 リハ患者診察					発達障がい		
11:00-15:00 義肢・装具外来							
13:30-16:00 親子棟回診							
13:00-14:00 発達障がい児カンファレンス							
13:15-15:00 入所児カンファレンス							
15:00-16:00 摂食嚥下外来							
13:30-16:00 股関節エコー (第2木)							
13:45-15:00 病棟カンファレンス							

⑧連携施設(長野県立総合リハビリテーションセンター)

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:30神経内科ケース検討会							
8:30-9:00ミーティング							
9:00-12:00整形外科・神経内科外来							
9:00-12:00病棟回診・カンファレンス(神経内科)							
13:00-13:30入所判定							
14:00-16:00施設入所者再診							
14:00-16:00麻酔科外来							
14:00-16:00ブロック療法							
14:00-16:00神経生理・超音波検査							
15:00-16:30整形外科ミーティング, 回診							
15:00-16:30泌尿器科							
16:00-18:00神経内科リハカンファレンス							
終日(月1回)巡回相談							

⑨連携施設(健和会病院)

	月	火	水	木	金	土	日
9:00-10:00一般病棟リハ回診							
10:00-11:30新患受け入れ							
8:50-13:00リハ患者診察							
10:30-12:30神経内科患者診察							
11:30-12:10嚥下内視鏡検査(VE)							
13:00-14:00嚥下造影検査(VF)							
13:50-15:00嚥下内視鏡検査(VE)							
13:00-17:00嚥下訪問診療							
15:00-16:00神経伝導速度, 筋電図							
8:15-8:30外来カンファレンス・抄読会							
13:30-14:00ケアカンファレンス							
14:30-17:00総合リハリハカンファレンス							

⑩関連施設(長野県立こども病院)

	月	火	水	木	金	土	日
病棟回診							
外来/外来見学							
8:40-9:15 リハ科入院患者カンファ							
13:50-15:30 病棟カンファ・回診 (PICU、NICU、神経科、循環器科)							
14:40-15:20 病棟カンファ (血液腫瘍科、総合小児科、在宅支援)							
16:30-17:30 神経小児科リハ科カンファ							
10:00-12:00 義肢・装具外来							
14:00-16:00 NST摂食嚥下外来							
8:00-9:00 在宅支援病棟回診							
16:00-17:00 小児神経科リハ科抄読会							
14:40-15:20 嚥下造影							
13:00-13:40 BOTOX外来							
12:30-13:00 摂食嚥下勉強会(月1)							
12:00-12:30 神経勉強会							

研修プログラム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	- SR1: 研修開始。研修医および指導医に提出用資料の配布(△△病院ホームページ) - 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リハビリテーション科研修委員会へ提出 - 研修プログラム管理委員会開催 - 長野県リハビリテーション科専門研修プログラム参加病院による勉強会(症例検討・予演会 3~4 か月に 1 回)
6	日本リハビリテーション医学会学術集会参加(発表)
7	- 長野県リハビリテーション科専門研修プログラム参加病院による勉強会(症例検討・予演会 3~4 か月に 1 回) - SR3 修了者: 専門医認定二次審査(筆記試験、面接試験)

9	・ 日本リハビリテーション医学会中部・東海地方会参加(発表)
10	・ SR1、SR2、SR3: 指導医による形成的評価とフィードバック(半年ごと) ・ 次年度専攻医募集開始(信州大学医学部附属病院ホームページ)
11	・ 日本リハビリテーション医学会秋季学術集会参加 ・ SR1、SR2: 次年度研修希望施設アンケートの提出(研修プログラム管理委員会宛) ・ 次年度専攻医内定 ・ 長野県リハビリテーション科専門研修プログラム参加病院による勉強会(症例検討・予演会 3～4 か月に 1 回)
12	・ 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)
2	・ 長野県リハビリテーション科専門研修プログラム参加病院による勉強会(症例検討・予演会 3～4 か月に 1 回)
3	・ その年度の研修終了 ・ 研修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報告用紙と経験症例数報告用紙の作成(年次報告)(書類は翌月に提出) ・ SR1、SR2、SR3: 研修プログラム評価報告用紙の作成(書類は翌月に提出) ・ 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) ・ 研修プログラム管理委員会開催(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 領域に亘ります。それぞれの領域の項目に、A: 自分一人のできる／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)に関することで、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 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. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方の項を参考にしてください。

長野県リハビリテーション専門研修プログラムでは、基幹施設と連携施設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できます

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

- ・カンファレンスは、チーム医療を基本とするリハビリテーション領域では、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3～4か月に1回、大学内の施設を用いて検討を行います。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ていますので、積極的に参加していただきます。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、専攻医は最新のガイドラインを参照するとともにインターネットなどによる情報検索を行います。

- ・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などの学術集会、その他各種研修セミナーや各病院で実施される以下の講習会にも参加してください。
 - 1) 標準的医療および今後期待される先進的医療
 - 2) 医療倫理
 - 3) 医療安全、院内感染対策
 - 4) 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、患者さんに対しては障害受容などのコミュニケーションとなると非常に高度であり、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

リテーション科は診療技術に重点が置かれるのと同時にコミュニケーションにも重点が置かれる医療のため、診療記録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

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

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、チーム医療の一員として後輩医師の教育・指導も担ってもらいます。

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

1) 施設群による研修

本研修プログラムでは信州大学医学部附属病院を基幹施設とし、地域の連携施設とともに病院施設群を構成してします。専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。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、他の診療科の多く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施設群で研修を行うことが非常に大切です。長野県リハビリテーション科専門研修プログラム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、長野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が決定します。

2) 地域医療の経験

- ・連携施設での研修中に、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・障害にあわせたリハビリテーションの支援について経験できます。
- ・長野県リハビリテーション科研修プログラムに属する 11 施設中、10 施設で指導医が常勤しており、常勤指導医が登録されていない 1 施設においても、定期的な指導医の訪問（診療）があり、専攻医の指導体制は整っています。

8. 年次毎の研修計画

図 3、9、15 に長野県リハビリテーション科専門研修プログラムのコース例を示します。SR1 が基幹施設、SR2、SR3 が連携施設での半年サイクルの研修例（図 3）、SR1 が主たる連携施設、SR2、3 が基幹施設（大学病院）を含む連携施設での半年サイクルの研修例（図 9、15）です。研修施設は基幹施設（大学病院）、連携施設（一般病院、小児専門病院）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。大学病院では原則 1 年（最低でも半年）、連携施設では半年以上 1 年以内のサイクルで合計 3 年間の研修を行います。希望により以下のコース例以外に、SR2、3 での 1 施設 1 年の研修も選択可能です。また半年毎のローテーションでも近隣の研修施設を選択することで、引っ越しの回数を最小限にすることも可能です。

図 3 長野県リハビリテーション科専門研修プログラムのコース例①

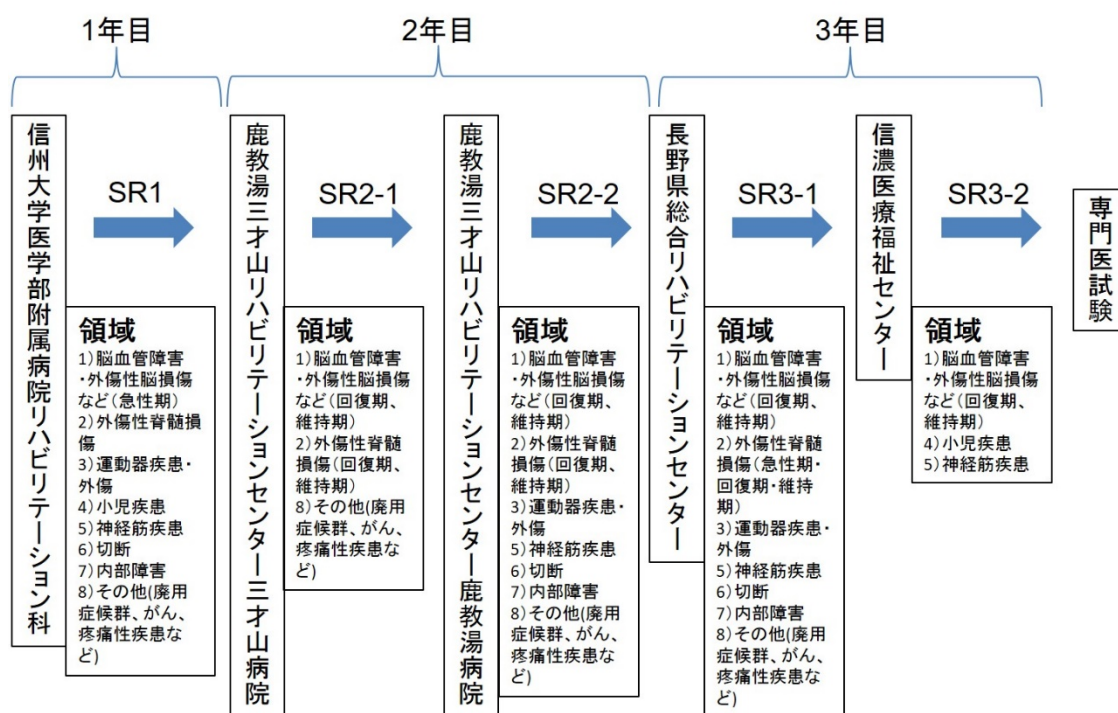


図 4～8 に上記研修プログラムコースでの 3 年間の施設群ローテーションにおける研修内容と予想される経験症例数を示します。本研修プログラムを構成する施設群では、指導できる領域や症例数が各施設とも多いので、どのようなコース選択であっても内容と経験症例数に偏り、不公平がないように研修でき、研修期間内に到達目標が達成できるようにします。

長野県リハビリテーション科専門研修プログラムの研修期間は 3 年間としていますが、何らかの理由で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	指導医数2名	専攻医数2名	(1)脳血管障害	30症例
信州大学医学部附 属病院リハビリテ- ション科	病床数 707床	担当病床数 0床	外傷性脳損傷など	
	外来数 50症例/週	担当外来数 5症例/週	(急性期)	
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	6症例
	義肢・装具 1例/週	義肢・装具 1例/週	(3)運動器疾患・外傷	50症例
			(4)小児疾患	10症例
			(5)神経筋疾患	20症例
	(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)	(6)切断	7症例
	(2)外傷性脊髄損傷	指導医の助言・指導のもと、 別記の事項が実践できる	(7)内部障害	50症例
	(3)運動器疾患・外傷	基本時知識と技能	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	50症例
	(4)小児疾患	知識: 運動学、障害学、 ADL/IADL、ICFなど		
	(5)神経筋疾患	技能: 全身管理、リハビリ処方、 装具処方、など	電気生理学的診断	5症例
	(6)切断		言語機能の評価	10症例
	(7)内部障害		認知症・高次脳機能障害	10症例
	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	上記の評価・検査・治療の概略を 理解し、一部を実践できる	摂食・嚥下の評価	10症例
			理学療法	200症例
			作業療法	50症例
			言語聴覚療法	30症例
			義肢	5症例
			装具・杖・車椅子など	30症例
			摂食嚥下訓練	5症例
			ブロック療法	5症例

図 4 SR1(基幹施設)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	
SR2-1	指導医数1名	専攻医数1名	(1)脳血管障害	40症例
三才山病院リハビリテーション科	病床数 237床	担当病床数 10床/34床	外傷性脳損傷など	
	外来数 5症例/週	担当外来数 2症例/週	(回復期・慢性期)	
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	1症例
	義肢・装具 1例/週	義肢・装具 1例/週	(8)その他(廃用症候群など)	5症例
	ボツリヌス療法 1例/週	ボツリヌス療法 1例/週	疼痛性疾患など	
		小児 1例/週		
	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (回復期・慢性期)	基本的診療能力 (コアコンピテンシー)	電気生理学的診断	0症例
	(2)外傷性脊髄損傷	指導医の助言・指導のもと、 別記の事項が実践できる	言語機能の評価	40症例
	(8)その他(廃用症候群など)	基本時知識と技能	認知症・高次脳機能障害	30症例
		知識: 運動学、障害学、社会制度、 ADL/IADL、ICFなど	摂食・嚥下の評価	20症例
		技能: 全身管理、リハビリ処方、 ブロック療法、装具処方、 嚥下造影、嚥下内視鏡、 ロボットスーツ療法、 経頭蓋磁気刺激療法、 高次脳機能検査、急変対応など	排尿の評価	40症例
		上記の評価・検査・治療の概略を 理解し、一部を実践できる	理学療法	40症例
			作業療法	40症例
			言語聴覚療法	25症例
			義肢	0症例
			装具・杖・車椅子など	30症例
			摂食嚥下訓練	20症例
			ブロック療法	2症例
			訓練・福祉機器	0症例

図 5 SR2-1 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	
SR2-2	指導医数1名	専攻医数1名	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など (回復期)	30症例
鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院	病床数 365床	担当病床数 10床	(2)外傷性脊髄損傷	5症例
	外来数 20症例/週	担当外来数 5症例/週	(3)運動器疾患・外傷	10症例
	特殊外来	特殊外来	(4)小児疾患	0症例
	義肢・装具 2症例/週	義肢・装具 1症例/週	(5)神経筋疾患	10症例
	TMS外来 2症例/週	TMS外来 1症例/週	(6)切断	2症例
	ボトックス外来 2症例/週	ボトックス外来 1症例/週	(7)内部障害	3症例
			(8)その他(廃用症候群用、がん、 疼痛性疾患など)	10症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など	基本的診療能力		
	(2)外傷性脊髄損傷	(コアコンピテンシー)	電気生理学的診断	20症例
	(3)運動器疾患・外傷	指導医の監視のもと、別記の事項が	言語機能の評価	10症例
	(5)神経筋疾患	効率的かつ思慮深くできる	認知症・高次脳機能の評価	10症例
	(6)切断	基本的知識と技能	摂食・嚥下の評価	10症例
	(7)内部障害	知識: 運動学、障害学、	排尿の評価	2症例
	(8)その他(廃用症候群用、がん、疼痛 性疾患など)	ADL/IADL、ICF、社会制度、		
		地域連携など	理学療法	50症例
		技能: 全身管理、リハビリ処方、	作業療法	50症例
		装具処方、ブロック治療、	言語聴覚療法	30症例
		高次脳機能検査法など	義肢	6症例
		指導医の監視のもと、別途カリ	装具・杖・車椅子など	30症例
		キュラムでAに分類されている	訓練・福祉機器	15症例
		評価・検査・治療の大部分を実践でき、	摂食嚥下訓練	20症例
		Bに分類されているものの一部について	ブロック療法	15症例
		適切に判断し専門診療科と連携できる		

図 6 SR2-2 における研修施設の概要と研修カリキュラム

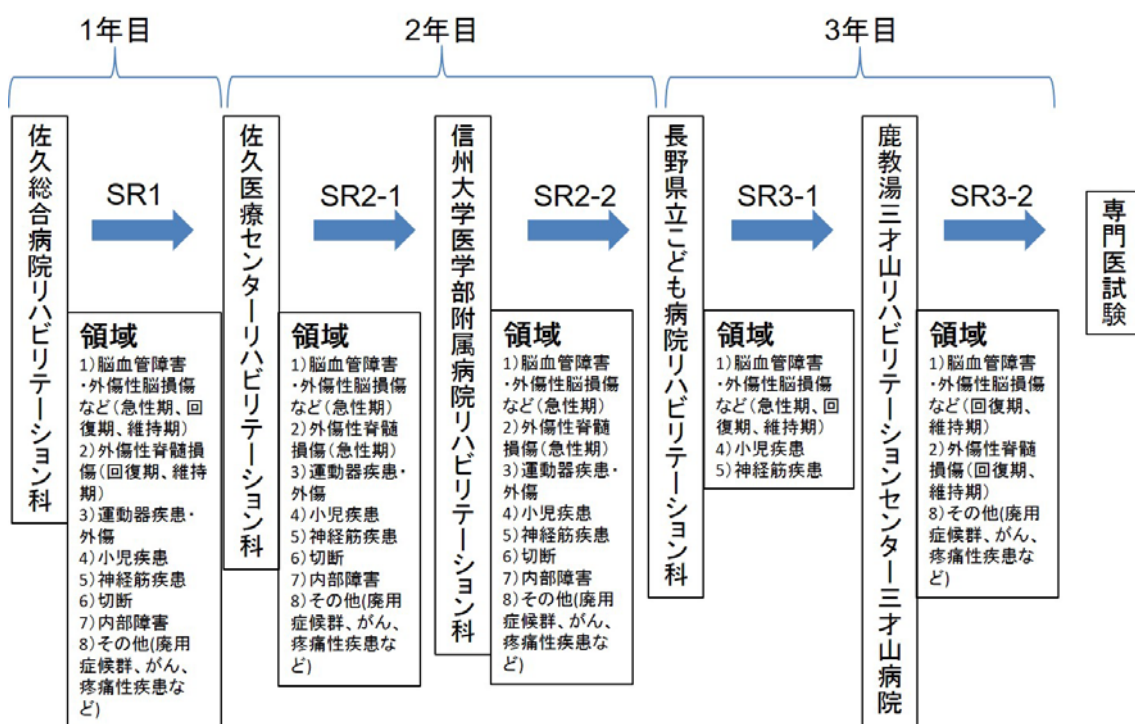
研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数	
SR3-1 長野県立総合リハビリテーションセンター	指導医数 2名 病床数 80床	専攻医数1名 担当病床数 10床	(1)脳血管障害	25症例
			外傷性脳損傷など	
			(2)外傷性脊髄損傷	15症例
	外来数 300症例/週	担当外来数 20症例/週	(3)運動器疾患・外傷	15症例
	障害者支援施設 60床	自動車運転訓練、IT訓練、高次脳機能障害者就労支援訓練	(5)神経筋疾患	10症例
	更生相談所	身体障害者巡回相談 1/月	(6)切断	10症例
	義肢装具製作所	義肢・装具の制作、適合	(7)内部障害	3症例
	高次脳機能障害支援拠点病院		(8)その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)	5症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など (回復期・慢性期)	基本的診療能力 (コアコンピテンシー)		
	(高次脳機能障害支援)	指導医の助言・指導のもと、	電気生理学的診断	10症例
	(2)外傷性脊髄損傷	別記の事項が実践できる	言語機能の評価	10症例
	(3)運動器疾患・外傷	基本時知識と技能	認知症・高次脳機能障害	10症例
	(5)神経筋疾患	知識: 運動学、障害学、	摂食・嚥下の評価	5症例
	(入院・外来でのリハビリテーション)	ADL/IADL、ICFなど	排尿の評価	20症例
	(コミュニケーション支援のための訪問)	技能: 全身管理、リハビリ処方、		
	(6)切断	装具処方、など	理学療法	30症例
	(7)内部障害	上記の評価・検査・治療の概略を	作業療法	30症例
	(8)その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)	理解し、一部を実践できる	言語聴覚療法	20症例
			義肢	5症例
			装具・杖・車椅子など	30症例
			訓練・福祉機器	15症例
			摂食嚥下訓練	5症例
			ブロック療法	10症例

図 7 SR3-1 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	
SR3-2 信濃医療福祉センター	指導医数 1名 病床数 127床	専攻医数 1名 担当病床数 0床	(1)脳血管障害	7症例
			外傷性脳損傷など	
	外来数 400 症例/週	担当外来数 10症例/週	(慢性期)	
	特殊外来	特殊外来	(4)小児疾患	50症例
	義肢・装具 10例/週	義肢・装具 1例/週	発達障害	50症例
	摂食嚥下外来 2例/週		(5)神経筋疾患	5症例
	(1)脳血管障害・	基本的診療能力	電気生理学的診断	20症例
	外傷性脳損傷など	(コアコンピテンシー)	言語機能の評価	25症例
	(慢性期)	指導医の助言・指導のもと、	高次脳機能障害	0症例
	(4)小児疾患 (身体障害・運動発達の遅れ)	別記の事項が実践できる	摂食・嚥下の評価	15症例
	発達障害	基本時知識と技能	排尿の評価	20症例
	(5)神経筋疾患	知識: 運動学、障害学、小児発達学		
		ADL/IADL、ICFなど	理学療法	70症例
		技能: 全身管理、リハビリ処方、	作業療法	40症例
		装具処方、など	言語聴覚療法	40症例
		上記の評価・検査・治療の概略を		
		理解し、一部を実践できる	義肢	0症例
			装具・杖・車椅子など	20症例
			摂食嚥下訓練	50症例
			ブロック療法	10症例

図 8 SR3-2 における研修施設の概要と研修カリキュラム

図9 長野県リハビリテーション科専門研修プログラムのコース例②



研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数	
SR1	指導医数 1名	専攻医数2名	(1)脳血管障害	50症例
長野厚生連 佐久総合病院	病床数 351床	担当病床数 10床	外傷性脳損傷など	
	回復期リハ病床 40床	担当入院コンサルト数 5症例/週	(2)外傷性脊髄損傷	3症例
	入院患者コンサルト数 20症例/週	担当外来数 5症例/週	(3)運動器疾患・外傷	10症例
	外来数 60症例/週		(4)小児疾患	15症例
	特殊外来		(5)神経筋疾患	10症例
	義肢装具 3症例/週		(6)切断	1症例
		基本的診療能力 (コアコンピテンシー)	(7)内部障害	5症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など	指導医の監視のもと、別記の事項が	(8)その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)	100症例
	(2)外傷性脊髄損傷	効率的かつ思慮深くできる。		
	(3)運動器疾患・外傷	基本的知識・技能	電気生理学的診断	5症例
	(4)小児疾患	指導医の監視のもと、研修カリキュラムで	言語機能の評価	10症例
	(5)神経筋疾患	AIに分類されている評価・検査・治療の	認知症・高次脳機能障害	40症例
	(6)切断	大部分を実践でき、Bに分類されている	摂食・嚥下の評価	70症例
	(7)内部障害	一部について適切に判断し専門診療科	排泄の評価	5例
	(8)その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)	と連携できる。		
			理学療法	200症例
			作業療法	160症例
			言語聴覚療法	120症例
			義肢	1症例
			装具・杖・車椅子など	20症例
			訓練・福祉機器	10症例
			摂食嚥下訓練	70症例
			ブロック療法	0症例

図10 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	
SR2-1	指導医数 1名	専攻医数1名	(1)脳血管障害	35症例
長野厚生連 佐久医療センター	病床数 450床	担当病床数 0床	外傷性脳損傷など	
	回復期リハ病床 0床	担当入院コンサルト数 5症例/週	(2)外傷性脊髄損傷	2症例
	入院患者コンサルト数 35症例/週	担当外来数 10症例/週	(3)運動器疾患・外傷	2症例
	外来数 0症例/週	特殊外来なし	(4)小児疾患	5症例
	特殊外来 なし		(5)神経筋疾患	2症例
			(6)切断	1症例
		基本的診療能力	(7)内部障害	50症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など	(コアコンピテンシー)	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	30症例
	(2)外傷性脊髄損傷	指導医の助言・指導監視のもと、		
	(3)運動器疾患・外傷	別記の事項が実践できる。		
	(4)小児疾患	基本的知識・技能	電気生理学的診断	0症例
	(5)神経筋疾患	指導医の監視のもと、研修カリキュラムで	言語機能の評価	10症例
	(6)切断	AIに分類されている評価・検査・治療の	認知症・高次脳機能障害	30症例
	(7)内部障害	大部分を実践でき、Bに分類されている	摂食・嚥下の評価	20症例
	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	一部について適切に判断し専門診療科 と連携できる。	排尿の評価	0例
			理学療法	150症例
			作業療法	50症例
			言語聴覚療法	25症例
			義肢	1症例
			装具・杖・車椅子など	5症例
			訓練・福祉機器	5症例
			摂食嚥下訓練	15症例
			ブロック療法	0症例

図 11 SR2-1 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	
SR2-2	指導医数2名	専攻医数1名	(1)脳血管障害	15症例
信州大学医学部附 属病院リハビリテ- ション科	病床数 707床	担当病床数 0床	外傷性脳損傷など	
	外来数 50症例/週	担当外来数 5症例/週	(急性期)	
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	3症例
	義肢・装具 1例/週	義肢・装具 1例/1-2週	(3)運動器疾患・外傷	25症例
			(4)小児疾患	5症例
			(5)神経筋疾患	10症例
	(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)	(6)切断	3症例
	(2)外傷性脊髄損傷	指導医の助言・指導のもと、別記の事項	(7)内部障害	25症例
	(3)運動器疾患・外傷	が効率的かつ思慮深くできる	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	25症例
	(4)小児疾患	基本時知識と技能		
	(5)神経筋疾患	知識: 障害受容、社会制度など	電気生理学的診断	3症例
	(6)切断	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	言語機能の評価	10症例
	(7)内部障害	指導医の監視のもと、別途カリキュラム	認知症・高次脳機能障害	10症例
	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	でAI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	摂食・嚥下の評価	10症例
			理学療法	100症例
			作業療法	25症例
			言語聴覚療法	15症例
			義肢	2症例
			装具・杖・車椅子など	15症例
			摂食嚥下訓練	5症例
			ブロック療法	3症例

図 12 SR2-2 における研修施設の概要と研修カリキュラム

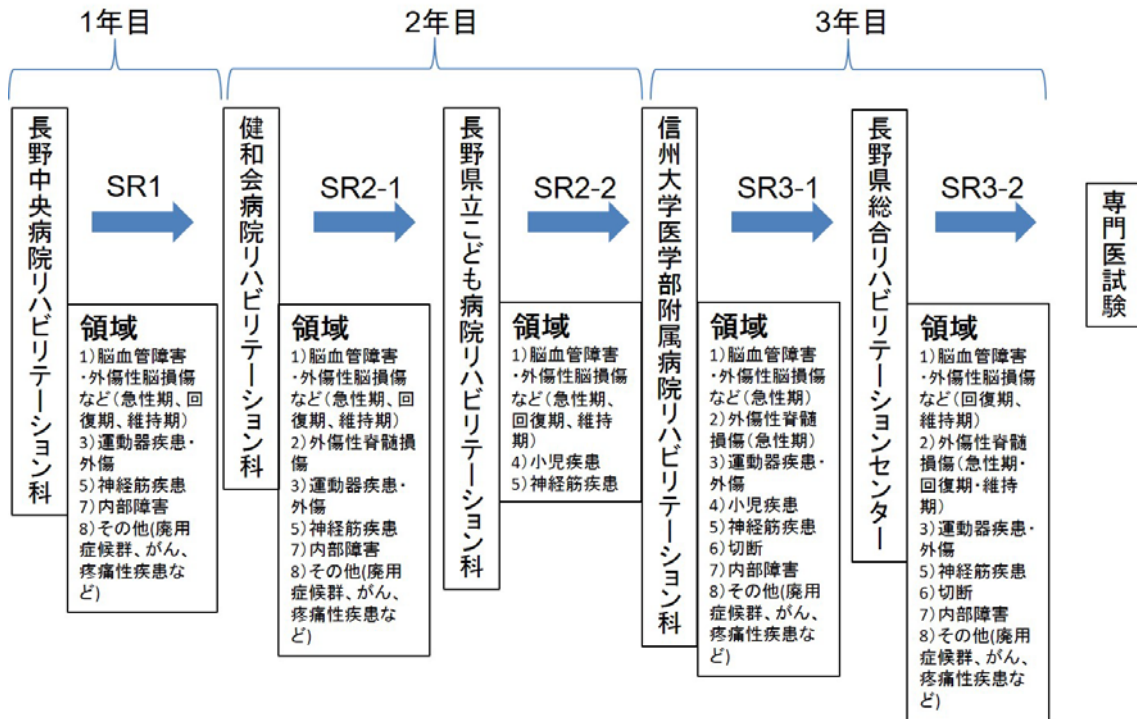
研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数	
SR3-1	指導医数1名	専攻医数1名	(1)脳血管障害	20症例
長野県立こども病院 リハビリテーション科	病床数 200床	担当病床数 2床	外傷性脳損傷など	
	外来数 45例/週	担当外来数 5症例/週	(急性期)	
	特殊外来	特殊外来	(4)小児疾患	30症例
	義肢・装具 6例/週	義肢・装具 1例/週	(5)神経筋疾患	10症例
	NST摂食嚥下外来 1例/週	NST摂食嚥下外来 1例/週		
	BOTOX 1例/週	BOTOX 1例/週	電気生理学的診断	10症例
		基本的診療能力	言語機能の評価	15症例
	(1)脳血管障害	(コアコンピテンシー)	認知症・高次脳機能障害	2症例
	外傷性脳損傷など	指導医の助言・指導のもと、	摂食・嚥下の評価	20症例
	(4)小児疾患	別記の事項が実践できる		
	(5)神経筋疾患	基本時知識と技能	理学療法	30症例
		知識: 運動学、障害学、	作業療法	30症例
		ADL/IADL、ICFなど	言語聴覚療法	30症例
		技能: 全身管理、リハビリ処方、	義肢	0症例
		装具処方、など	装具・杖・車椅子など	20症例
		上記の評価・検査・治療の概略を	摂食嚥下訓練	15症例
		理解し、一部を実践できる	ブロック療法	20症例

図 13 SR3-1 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	
SR3-2	指導医数1名	専攻医数1名	(1)脳血管障害	40症例
三才山病院リハビリテーション科	病床数 237床	担当病床数 10床/34床	外傷性脳損傷など	
	外来数 5症例/週	担当外来数 2症例/週	(回復期・慢性期)	
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	1症例
	義肢・装具 1例/週	義肢・装具 1例/週	(8)その他(廃用症候群など)	5症例
	ボツリヌス療法 1例/週	ボツリヌス療法 1例/週	疼痛性疾患など	
		小児 1例/週		
	(1)脳血管障害・	基本的診療能力	電気生理学的診断	0症例
	外傷性脳損傷など	(コアコンピテンシー)	言語機能の評価	40症例
	(回復期・慢性期)	指導医の助言・指導のもと、	認知症・高次脳機能障害	30症例
	(2)外傷性脊髄損傷	別記の事項が実践できる	摂食・嚥下の評価	20症例
	(8)その他(廃用症候群など)	基本時知識と技能	排尿の評価	40症例
		知識: 運動学、障害学、社会制度、	理学療法	40症例
		ADL/IADL、ICFなど	作業療法	40症例
		技能: 全身管理、リハビリ処方、	言語聴覚療法	25症例
		ブロック療法、装具処方、	義肢	0症例
		嚥下造影、嚥下内視鏡、	装具・杖・車椅子など	30症例
		ロボットスーツ療法、	摂食嚥下訓練	20症例
		経頭蓋磁気刺激療法、	ブロック療法	2症例
		高次脳機能検査、急変対応など	訓練・福祉機器	0症例
		上記の評価・検査・治療の概略を		
		理解し、一部を実践できる		

図 14 SR3-2 における研修施設の概要と研修カリキュラム

図 15 長野県リハビリテーション科専門研修プログラムのコース例③



研修レベル (施設名)	研修施設における診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数	
SR1	指導医数1名	専攻医数1名	(1)脳血管障害	70症例
長野中央病院	病床数 322床	担当病床数 0床	外傷性脳損傷など	
	外来数 60症例/週	担当外来数 15症例/週	(3)運動器疾患・外傷	20症例
	特殊外来	特殊外来	(5)神経筋疾患	5症例
	義肢・装具 4例/週	義肢・装具 2例/週	(7)内部障害	10症例
			(8)その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)	10症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など	基本的診療能力 (コアコンピテンシー)	電気生理学的診断	2症例
	(3)運動器疾患・外傷	指導医の助言・指導のもと、	言語機能の評価	10症例
	(4)神経筋疾患	別記の事項が実践できる	認知症・高次脳機能障害	20症例
	(5)内部障害	基本時知識と技能	摂食・嚥下の評価	10症例
	(6)その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)	知識: 運動学、障害学、 ADL/IADL、ICFなど	理学療法	70症例
		技能: 全身管理、リハビリ処方、 装具処方、など	作業療法	70症例
			言語聴覚療法	30症例
		上記の評価・検査・治療の概略を 理解し、一部を実践できる	装具・杖・車椅子など	50症例
			訓練・福祉機器	10症例
			摂食嚥下訓練	10症例
			ブロック療法	5症例

図 16 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	
SR2-1	指導医数1名	専攻医数1名	(1)脳血管障害	50症例
健和会病院	病床数 48床	担当病床数10床	外傷性脳損傷など	
	外来数 76症例/週	担当外来数 20症例/週	(急性期)	
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	5症例
	義肢・装具 0例/週	義肢・装具 0例/週	(3)運動器疾患・外傷	20症例
			(5)神経筋疾患	25症例
			(7)内部障害	30症例
	(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)	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	30症例
	(2)外傷性脊髄損傷	指導医の助言・指導のもと、 別記の事項が実践できる	電気生理学的診断	30症例
	(3)運動器疾患・外傷	基本時知識と技能	言語機能の評価	30症例
	(5)神経筋疾患	知識: 運動学、障害学、	認知症・高次脳機能障害	30症例
	(7)内部障害	ADL/IADL、ICFなど	摂食・嚥下の評価	50症例
	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	技能: 全身管理、リハビリ処方、 装具処方、など	理学療法	150症例
		上記の評価・検査・治療の概略を 理解し、一部を実践できる	作業療法	100症例
			言語聴覚療法	100症例
			義肢	0症例
			装具・杖・車椅子など	20症例
			摂食嚥下訓練	50症例
			ブロック療法	5症例

図 17 SR2-1 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	
SR2-2	指導医数1名	専攻医数1名	(1)脳血管障害	20症例
長野県立こども病院 リハビリテーション科	病床数 200床	担当病床数 2床	外傷性脳損傷など	
	外来数 45例/週	担当外来数 5症例/週	(急性期)	
	特殊外来	特殊外来	(4)小児疾患	30症例
	義肢・装具 6例/週	義肢・装具 1例/週	(5)神経筋疾患	10症例
	NST摂食嚥下外来 1例/週	NST摂食嚥下外来 1例/週		
	BOTOX 1例/週	BOTOX 1例/週	電気生理学的診断	10症例
		基本的診療能力	言語機能の評価	15症例
	(1)脳血管障害	(コアコンピテンシー)	認知症・高次脳機能障害	2症例
	外傷性脳損傷など	指導医の助言・指導のもと、	摂食・嚥下の評価	20症例
	(4)小児疾患	別記の事項が実践できる		
	(5)神経筋疾患	基本時知識と技能	理学療法	30症例
		知識: 運動学、障害学、	作業療法	30症例
		ADL/IADL、ICFなど	言語聴覚療法	30症例
		技能: 全身管理、リハビリ処方、 装具処方、など	義肢	0症例
			装具・杖・車椅子など	20症例
		上記の評価・検査・治療の概略を 理解し、一部を実践できる	摂食嚥下訓練	15症例
			ブロック療法	20症例

図 18 SR2-2 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	
SR3-1	指導医数2名	専攻医数1名	(1)脳血管障害	15症例
信州大学医学部附属病院リハビリテーション科	病床数 707床	担当病床数 0床	外傷性脳損傷など	
	外来数 50症例/週	担当外来数 5症例/週	(急性期)	
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	3症例
	義肢・装具 1例/週	義肢・装具 1例/1-2週	(3)運動器疾患・外傷	25症例
			(4)小児疾患	5症例
			(5)神経筋疾患	10症例
	(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)	(6)切断	3症例
	(2)外傷性脊髄損傷	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	(7)内部障害	25症例
	(3)運動器疾患・外傷	基本時知識と技能	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	25症例
	(4)小児疾患	知識: 社会制度、地域連携など	電気生理学的診断	3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	言語機能の評価	10症例
	(6)切断	指導医の監視なしでも、別途カリキュラム	認知症・高次脳機能障害	10症例
	(7)内部障害	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、BI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、CIに分類されているものの 概略を理解し経験している	摂食・嚥下の評価	10症例
	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)		理学療法	100症例
			作業療法	25症例
			言語聴覚療法	15症例
			義肢	2症例
			装具・杖・車椅子など	15症例
			摂食嚥下訓練	5症例
			ブロック療法	3症例

図 19 SR3-1 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	
SR3-2	指導医数 2名	専攻医数1名	(1)脳血管障害	25症例
長野県立総合リハビリテーションセンター	病床数 80床	担当病床数 10床	外傷性脳損傷など	
			(2)外傷性脊髄損傷	15症例
	外来数 300症例/週	担当外来数 20症例/週	(3)運動器疾患・外傷	15症例
	障害者支援施設 60床	自動車運転訓練、IT訓練、高次脳機能障害 者就労支援訓練	(5)神経筋疾患	10症例
	更生相談所	身体障害者巡回相談 1/月	(6)切断	10症例
	義肢装具製作所	義肢・装具の制作、適合	(7)内部障害	3症例
	高次脳機能障害支援拠点病院		(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	5症例
	(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など (回復期・慢性期)	基本的診療能力 (コアコンピテンシー)		
	(高次脳機能障害支援)	指導医の助言・指導のもと、 別記の事項が実践できる	電気生理学的診断	10症例
	(2)外傷性脊髄損傷	基本時知識と技能	言語機能の評価	10症例
	(3)運動器疾患・外傷	知識: 運動学、障害学、 ADL/IADL、ICFなど	認知症・高次脳機能障害	10症例
	(5)神経筋疾患 (入院・外来でのリハビリテーション)	技能: 全身管理、リハビリ処方、 装具処方、など	摂食・嚥下の評価	5症例
	(コミュニケーション支援のための訪問)		排尿の評価	20症例
	(6)切断		理学療法	30症例
	(7)内部障害	上記の評価・検査・治療の概略を	作業療法	30症例
	(8)その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など)	理解し、一部を実践できる	言語聴覚療法	20症例
			義肢	5症例
			装具・杖・車椅子など	30症例
			訓練・福祉機器	15症例
			摂食嚥下訓練	5症例
			ブロック療法	10症例

図 20 SR3-2 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プログラム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門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・講評を加えます。

□専攻医は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。「実地経験記録様式」は、6ヶ月に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。「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。

10. 専門研修プログラム管理委員会について

基幹施設である信州大学医学部附属病院には、リハビリテーション科専門研修プログラム管理委員会と、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。長野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、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ます。

専門研修プログラム管理委員会の主な役割は、①研修プログラムの作成・修正を行い、②施設内の研修だけでなく、連携施設への出張、臨床場面を離れた学習としての、学術集会や研修セミナーの紹介幹旋、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プログラム統括責任者は、総括的評価を行い、修了判定を行います。また、研修プログラムの改善を行います。

連携施設での委員会組織

専門研修連携施設には、専門研修プログラム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。専門研修プログラム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プログラム管理委員会の委員となります。

11. 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、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、その内容は長野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。

12. 専門研修プログラムの改善方法

長野県リハビリテーション科専門研修プログラムでは、より良い研修プログラムにするべく、専攻医からのフィードバックを重視して研修プログラム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プログラムに対する評価

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、質問紙にて行い、研修プログラム管理委員会に提出され、研修プログラム管理委員会は研修プログラムの改善に役立てます。このようなフィードバックによって専門研修プログラムをより良いものに改善していきます。この際、専攻医が評価を行うことで専攻医に不利益を生じることがないように配慮します。

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、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

専門研修プログラム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プログラム管理委員会で研修プログラムの改良を行います。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。

13. 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。

14. 専攻医が専門研修プログラム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「専門研修プログラム修了判定申請書」を専門医認定申請年の4月末までに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。

15. 研修プログラムの施設群について

専門研修基幹施設

信州大学医学部附属病院リハビリテーション科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。

長野県リハビリテーション科専門研修プログラム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

- ・JA 長野厚生連 佐久総合病院リハビリテーション科(回復期病棟あり)
- ・JA 長野厚生連 佐久医療センターリハビリテーション科
- ・長野医療生活協同組合 長野中央病院リハビリテーション科(回復期病棟あり)
- ・鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院リハビリテーション科
(回復期病棟あり)
- ・鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院リハビリテーション科
(回復期病棟あり)
- ・信濃医療福祉センター
- ・長野県立総合リハビリテーションセンター
- ・健和会病院リハビリテーション科(回復期病棟あり)

関連施設

- ・長野県立こども病院リハビリテーション科

表 1 プログラムローテーション例

1 年目	2 年目		3 年目	
通年	前半	後半	前半	後半
信州大学医学部附属病院	三才山病院	鹿教湯病院	長野県総合リハビリテーションセンター	信濃医療福祉センター
佐久総合病院	佐久医療センター	信州大学医学部附属病院	長野県立こども病院	三才山病院
長野中央病院	健和会病院	長野県立こども病院	信州大学医学部附属病院	長野県総合リハビリテーションセンター

専門研修施設群

信州大学医学部附属病院リハビリテーション科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

長野県リハビリテーション科専門研修プログラムの専門研修施設群は長野県内全域にあります。施設群の中には、地域中核病院や地域中小病院、小児専門施設が入っています。

16. 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

ーション領域において Subspecialty 領域である小児神経専門医、感染症専門医など(他は未確定)との連続性をもたせるため、経験症例等の取扱いは検討中です。

17. 専攻医の受入れ数について

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と日本リハビリテーション医学会専門医制度で決められています。長野県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受け入れ可能人数は、専門研修基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。信州大学医学部附属病院に2名、プログラム全体では12名の指導医が在籍しており、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。

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。

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。

長野県リハビリテーション科専門研修プログラムでは、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、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

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) 短時間雇用の形態での研修でも通算 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) 専門研修プログラム期間のうち、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 か月までの休止・中断では、残りの期間での研修要件を満たしていれば研修期間を延長せずにプログラム修了と認定するが、6 か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。

信州大学医学部附属病院リハビリテーション科にて、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プログラムに対する評価も保管します。

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。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
- 指導者マニュアル
- 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、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。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。

22. 研修に対するサイトビジット(訪問調査)について

専門研修プログラムの施設に対して日本専門医機構からのサイトビジットがあります。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プログラム管理委員会に伝えられ、プログラム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

長野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、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。プログラムへの応募者は、定められた締め切りまでに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『長野県リハビリテーション科専門研修プログラム応募申請書』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)信州大学医学部附属病院卒後臨床研修センターwebsite (<http://www.hp.md.shinshu-u.ac.jp/sotsugorinsho/>)よりダウンロード、(2)電話で問い合わせ(0263-37-2785)、(3) e-mail で問い合わせ(rihaka@shinshu-u.ac.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として 11 月中に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 を参照ください。