

静岡広域病院連携リハビリテーション科専門医研修プログラム

目次

1. 静岡広域病院連携リハビリテーション科専門医研修プログラムの特徴
2. リハビリテーション科専門医研修の具体的内容
3. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）
4. 各種カンファレンスによる知識・技能の修得
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. 専攻医受け入れ数について
17. Subspecialty 領域との連続性について
18. 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
19. 専門研修指導医について
20. 専門研修実績記録システム，マニュアル等について
21. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）について
22. 専攻医の採用と修了について

1. 静岡広域病院連携リハビリテーション科専門医研修プログラムの特徴

本プログラムは，2018 年度から始まる新専門医制度の下でリハビリテーション科専門医になるために作成した研修プログラムです。日本専門医機構の指導の下に日本リハビリテーション医学会がすすめている，リハビリテーション科専門医カリキュラムの基準に沿っています。

このプログラムは静岡県東部，中部，西部ほぼ全域*に渡る民間病院と大学（浜松医科大学，近畿大学：基幹施設との相互連携）で形成され，特に臨床に強い医師を育てることが目標となっています。一方研究に興味のある専攻医に対しても十分指導できるように配慮された魅力的なものです。本プログラムの前身である「聖隷リハ専門医養成プログラム」ではこれまで多くの専門医を輩出し，多数の学位取得者（社会人大学院）もいます。新たな新専門医制度においても多彩な施設で多数の症例を経験でき，専攻医の希望に応えられるよう臨床と研究に関しての研鑽も可能な特色あるプログラムとしました。

なお，リハビリテーション科以外の基本領域の専門医既取得者（但しリハビリテーション科領域が定める基本領域に限る）が，リハビリテーション科専門医の取得を目指す場合は，

この研修プログラムではなく、研修カリキュラム制を選択することが出来ます(別紙リハビリテーション科領域が定める研修カリキュラム制について参照)。

*浜松地区においては専攻医の希望や家庭などの諸事情に応じて住居変更(引っ越し)なしで研修を終了することも可能となっています。

1) 到達目標

リハ専門医として全国で活躍できる医師を養成することを目標としています。学会で定められた経験すべき症例数は8領域に渡りそれぞれ、以下となっていますが、本プログラムにおいてこれはきわめて容易に達成可能です。

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・外傷：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：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。

この最低到達目標以外、以下具体的な研修到達目標を以下に説明します。

○リハ科主科としての優れた病床主治医

初期臨床研修病院の多くは総合病院であり、リハはコンサルテーションが主体で主治医になるというイメージが湧かない医師もいると思われれます。しかし、リハ科が主科として主治医となって患者を治療することこそ、医師としてリハの醍醐味があります。患者を中心に療法士や看護師と共に障害を克服するチーム医療のリーダーとして経験を積むことでリハの本質がよく理解できます。浜松市リハビリテーション病院やNTT東日本伊豆病院、聖稜リハビリテーション病院、清水富士山病院、湖山リハビリテーション病院など回復期リハ病棟では亜急性期から患者を受け入れ、単にリハ処方・評価のみならず、全身管理や合併症等に対する医学的管理を主治医として対応することが可能となっています。重症例については内科や外科のサポートがあり、他科医師から適切なアドバイスを受け、小児から高齢者にいたる障害を持った患者のジェネラリストとしての医

療技術が習得できることを目指しています。また、聖隷三方原病院では総合病院の中にリハ病棟(一般病床)があるという恵まれた環境で研修をすることができます。

研修の中で自分はコンサルテーションが向いているか、主治医として治療するほうが向いているかなど、自分の適正を判断し将来の進む道を決めていけるようにプログラムが配慮されています。

○あらゆるステージに対応可能

聖隷三方原病院, 聖隷浜松病院では神経救急の一員として、ファーストタッチで超急性期, 急性期から脳卒中や頭部外傷, 脊髄損傷などが診療できる体制を取っています。聖隷三方原病院で入院となった患者に対しては、入院当日からのリハ開始(リハ処方)のみならず、病状が安定すれば、引き続いてリハ科主治医としてそのまま在宅まで経過を見つつ診療が出来ます。大学病院での研修希望があれば近畿大学と浜松医科大学での高度で多彩な疾患の臨床が経験できます。亜急性期, 回復期後の患者や進行や悪化を繰り返す患者の対応が必要な維持期(在宅:城西神経内科クリニック, 藤島クリニック, 三方原ベテルホームなど)での研修では、障害を持った患者に対して求められるリハを幅広く診療する技術習得を目標としています。聖隷浜松病院では新生児医療(脳性麻痺や先天異常)の急性期, そして聖隷三方原病院内のおおぞら療育センターや静岡医療福祉センターでは小児の回復期から維持期(生活期)などのリハビリテーションを経験できます。聖隷袋井病院では回復期および療養型病床でのリハビリテーションを経験できます。また、聖隷浜松病院, 聖隷三方原病院では癌リハおよび終末期リハにも力を入れており、最先端のリハを経験できる様になっています。

○多職種による包括的なチーム医療の実践

リハ専門医(指導医含む)をはじめ、脳神経外科, 整形外科, 内科(脳卒中科, 神経内科, 呼吸器内科, 循環器科)など, 他科の専門医の指導を受け, 現代医療の中でのリハ医科の役割を学び, 実践できるように研修が組まれています。リハスタッフ(PT, OT, ST, MSW, ナース)に対しては, チームリーダーとしての手腕が発揮できるような専門的知識・技術を学び実践することができるようになることが目標です。

○得意分野の臨床研究と学位取得

脳卒中, 脊髄損傷, 嚥下障害, 高次脳機能障害, 癌リハなど各医師の関心の高い分野について得意分野を持った医師となることが出来ます。希望があれば大学院生(近畿大学, および浜松医科大学, 東京医科歯科大学, 京都府立医大などの社会人大学院生)となり, 学位取得を目指す事ができます。なお, 連携基幹病院である近畿大学のプログラムの総括責任者は, 近畿大学医学部高度先端総合医療センターの責任者を兼任しており, iPS細胞などが手近に利用でき最先端の研究も可能となっています。

<http://www.med.kindai.ac.jp/stemcell/>

(近畿大学では特に優れた研究業績では3年以上在学すれば修了できる。その要件は, a) 主論文がインパクトファクター5以上の主要国際誌に掲載あるいは掲載決定された場合, b) 主論文および副論文が主要国際誌に掲載され, それらのインパクトファクターの合計が10を越える場合, c) 主論文の内容が日本医学会の分科会または国際学会で発表され, その学会の定めた賞を受賞するなど, その内容が著しく優れていることが認められた場合となっている。当グループからはすでに一人その該当者が出ている)

医師として生涯にわたって活躍するために, 経験した症例をまとめたり, 新たな知見

を研究するなど学会発表や論文発表を行う実力をつけることが可能なプログラムを用意しています。

○教育ポリシー

本プログラムの原点は聖隷福祉事業団に属する浜松市リハビリテーション病院，聖隷三方原病院，聖隷浜松病院の3病院が展開してきた「臨床に強いリハ医をそだてる」というリハ医養成プログラムにあります。聖隷福祉事業団は80年以上の歴史を持ち医療・介護・福祉・保健を中心に据えた総合的なヒューマンサービスを展開する本邦でも有数の社会福祉法人です。その中でリハは大変重要な位置を占め，全体では500人以上のPT, OT, STが活躍しています。医師に関しては1987年（昭和62年）聖隷三方原病院に理学診療科が開設されたことから始まります。当初は2人の医師が東京大学に国内留学をして研鑽を積みました。その後，研修指定病院となり，聖隷浜松病院，浜松市リハビリテーション病院と浜松地区でリハ専門医を養成しながら発展してきました。長年，全国各地から専門医取得希望，脳卒中・高次脳機能障害・嚥下障害診療などの研修目的に多くの医師を受け入れて教育をしてきました。今回，新たに始まる新専門医制度においてもこれまでのポリシーを受け継ぎ，さらに発展させていくように準備をしています。

本プログラムの教育ポリシーは，まず第1に臨床に強い医師を育てることにあります。リハ医であっても常に救急対応や重症患者の管理ができ，他科との連携がスムーズに出来る医師を養成することが必要であると考えています。第2にメディカルスタッフと密接なチーム医療を展開できるリハ医を養成することを挙げています。倫理観が強く，常に自分と異なる意見に耳を傾けながら，最善のゴールを提案できる医師を養成することを目指しています。第3に探求心を持った医師を養成することが大切であると考えています。未知の障害，未解決の問題についてあきらめずにチャレンジする心を養成する医師を育てたいと思っています。

2. リハビリテーション科専門医研修の具体的内容

1) 研修段階

リハビリテーション科専門医は初期研修2年間と後期専攻医研修3年間合計5年間の研修で構成されています。

*初期研修2年間の自由選択においてリハビリテーション科を選択してもこの期間の研修は後期3年間の研修に含めることはできません。また初期研修でリハビリテーション科を選択するか否かは，後期リハビリテーション科専門医研修における必修ではありません。初期研修を終了し，保険医を所持していることが後期専門医研修を受ける条件となっています。なお，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ことができますが，冒頭で述べたようにリハビリテーション科以外の基本領域の専門医既取得者（但しリハビリテーション科領域が定める基本領域に限る）が，リハビリテーション科専門医の取得を目指す場合は，この研修プログラムではなく，研修カリキュラム制を選択することが出来（別紙リハビリテーション科領域が定める研修カリキュラム制について参照）研修期間の短縮が可能です。

*専門研修3年間の1年目，2年目，3年目は，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

標を設定してあります。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なっていきます。研修施設により専門性があるため、症例等にばらつきがありますが、3年間で研修目標を習得できるよう、個別のプログラムを考えて指導を進めますのでご安心ください。

*本プログラムの修了判定には定められた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におけ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は冒頭にも書きましたが、詳細は以下の表をご覧ください。当研修プログラムでは全く問題なく経験可能です。

表1 日本リハビリテーション医学会専門医制度におけ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

経験すべき症例数	
分野	症例数
脳血管障害・外傷性脳損傷など	15
うち 脳血管障害	13
外傷性脳損傷	2
外傷性脊髄損傷 (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る)	3
運動器疾患・外傷	22
うち 関節リウマチ	2 以上
肩関節周囲炎, 腱板断裂などの肩関節疾患	2 以上
変形性関節症(下肢)	2 以上
骨折	2 以上
骨粗鬆症	1 以上
腰痛・脊椎疾患	1 以上
小児疾患	5
うち脳性麻痺	2 以上
神経筋疾患	10
うちパーキンソン病	2 以上
切断	3
内部障害	10
うち 呼吸器疾患	2 以上
心・大血管疾患	2 以上
末梢血管障害	1 以上
その他の内部障害	2 以上
その他(廃用症候群, がん, 疼痛性疾患など)	7
うち 廃用	2 以上
がん	1 以上
以上 75 例を含む 100 例以上を経験する必要がある	

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)

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、表2にしめした【別記】の事項を実践できることが目標となります。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っています。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、最低 6ヶ月基幹研修施設である浜松市リハビリテーション病院とし、リハビリテーション分野の幅広い知識・技術が習得可能です。指導医が非常に手厚い病院であるため、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できます。4名の指導医が、外来、入院患者の治療、家屋評価（ホームエヴァリュエーション）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て行きます。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・技能の習得を図ることになります。表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参照してください。

表2 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

＊専門研修 2年目 (SR2)

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するようになります。基本的知識・技能を幅広い経験から増やすことが目標となっています。特に1年目の浜松市リハビリテーション病院で経験できなかった技能や疾患群、および地域性について積極的に治療に参加し経験を積むことができます。指導医は日々の臨床を通して専攻医の知識・技能の習得を指導します。2年次の研修先病院は、希望に応じて聖隷三方原病院、聖隷浜松病院、聖隷リハビリテーション病院、清水富士山病院、NTT東日本伊豆病院、城西神経内科クリニック、静岡医療福祉センター、近畿大学、浜松医科大学などとなり、臨床や研究に対する姿勢をさらに修得し、安全管理・倫理の講習・感染の講習も修得するようになります。経験すべき分野では、特に④小児疾患、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年次でやや習得困難となっているため、関連施設(*)への研修にも配慮して修得できるようにしてあります。専攻医は学会・研究会への参加は、聴講するだけでなく発表することとなります。また質疑応答のスキルも指導し、しっかり発言できるようにする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・技能の習得を図るようにして行きます。表3に習得目標の概略を示しました。詳細は研修カリキュラムを参照。

(*)関連施設 おおぞら療育センター、聖隷袋井市民病院、藤島クリニックなど

表3 専門研修 2年目 (SR2)

<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、別記の事項が効率的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) 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</p> <p>※詳細は研修カリキュラムを参照</p>

＊専門研修 3年目 (SR3)

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・態度を習得します．またリハビリテーション分野の中で 8領域全ての疾患を経験できているかを確認し，実践的知識・技能の習得を目指すこととなります．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・技能の習得を図る．表4に習得目標の概略を示しました．詳細は研修カリキュラムを参照．

表4 専門研修 3 年目 (SR3)

<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</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 <p>基本的知識と技能</p> <p>知識：社会制度，地域連携など</p> <p>技能：住宅改修提案，ブロック療法，チームアプローチなど，</p> <p>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</p> <p>※詳細は研修カリキュラムを参照</p>

3) 研修施設の週間計画, 年間計画

基幹施設 浜松市リハビリテーション病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:00~9:00 医局会・Case検討会							
8:15~9:00 整形疾患Caseカンファ							
9:00~12:30 外来*							
9:30~ 手術(リハ・嚙下・関節鏡)・Botox注・VF・VE							
11:40~12:00 入院時Caseカンファ							
12:30~13:00 医局勉強会							
13:30~14:00 装具診							
14:30~15:00 再評価Caseカンファ							
15:00~16:00 嚙下カンファ							
16:00~17:15 院長回診							
月次予定	月	火	水	木	金	土	日
16:45~18:00 嚙下抄読会 (第2・4火曜)							
16:00~17:00 自動車運転カンファ (月1回)							
17:15~18:00 拡大Caseカンファ (月1回:全スタッフ対象)							
19:00~20:00 聖隷リハ医局会 (月1回:3病院合同)							
18:00~ 県西部地区 回復期リハ病床勉強会 (月1回)							
18:00~19:30 浜松摂食嚙下懇話会 (隔月:地域向け)							
18:30~20:00 浜リハセミナー (年4回:広域センター業務)							

◎3つのセンター機能あり:『えんげと声のセンター』、『スポーツ医学センター』『高次脳機能センター』

*専門外来(摂食嚙下, 高次脳機能, スポーツ整形, 肩/肘疾患)等がある

連携施設 浜松医科大学医学部附属病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:00~9:30 病棟回診							
9:30~12:00 外来							
9:30~ 嚙下造影 ボトックス エコーなど							
12:00~13:00 リハ科カンファ							
13:30~14:00 第一外科病棟カンファ							
14:00~14:30 整形外科病棟カンファ							
15:30~16:00 脳外科病棟カンファ							
16:30~17:00 耳鼻科病棟カンファ							
14:00~16:00 装具外来							
13:30~17:00 外来							
18:00~19:00 勉強会							
19:00~ 整形外科合同勉強会							

連携施設 近畿大学医学部附属病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
7:30～8:30 病棟回診		■					
9:00～12:30 リハビリテーション外来			■	■	■		
9:00～13:30 物忘れ外来		■	■	■			
8:30～9:30 脳神経外科カンファレンス			■				
12:00～13:00 医局勉強会			■				
13:00～14:30 神経内科カンファレンス			■				
13:00～13:30 脳卒中リハのカンファレンス			■				
13:00～15:00 呼吸リハビリテーション (集団)	■	■		■	■		
13:30～14:30 NST回診・カンファレンス		■					
13:30～14:30 NICU回診				■			
15:30～16:30 呼吸ケアカンファレンス			■				
16:00～17:30 整形外科カンファレンス	■						
17:00～17:30 新入院患者カンファレンス		■					
17:00～18:00 嚥下カンファレンス					■		
月次予定	月	火	水	木	金	土	日
医局抄読会 (月2回)		■					

連携施設 聖隷三方原病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:00～8:30 新患回診 (水曜日は抄読会)	■	■		■	■		
8:30～8:50 ST新患カンファ	■	■	■	■	■		
9:00～12:00 外来 (月・火・水・金：兼装具外来)	■	■	■	■	■		
嚥下内視鏡 (12:00～12:30、15:00～15:30)	■	■	■	■	■		
嚥下造影 (火：13:15～、水12:50～、木：10:30～)		■	■	■			
13:00～13:30 高次脳機能カンファレンス (1,3週)					■		
14:00～15:00 ドクターカンファレンス (木or金)				■	■		
14:30～15:00ボツリヌス療法外来		■					
16:00～17:00 総合カンファレンス		■					
16:00～17:00 嚥下カンファレンス				■			
17:00～17:20 入院検討会議		■					
月次予定	月	火	水	木	金	土	日
19:00～20:00 聖隷リハ医局会 (月1回:3病院合同)			■				

* 専門外来 (摂食嚥下, 高次脳機能, 装具) 等がある

連携施設 聖隷浜松病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:15～8:30 脳卒中科入院症例カンファ・回診							
8:30～9:00 脳神経外科回診							
8:30～9:00 内部障害リハカンファレンス							
8:30～8:45 神経内科患者回診							
9:00～10:00 B3(脳神経外科、脳卒中科)病棟カンファ							
9:30～11:00 外来診察*							
9:30～10:30 がん患者緩和カンファレンス							
10:30～11:00 C9(神経内科)病棟カンファ							
11:00～11:30 B3(神経内科、脳卒中科)病棟カンファ							
12:00～13:00 嚥下内視鏡検査							
13:00～13:45 中枢神経疾患、高次脳機能障害リハカンファレンス							
14:00～14:30 抄読会							
14:15～16:00 嚥下ラウンド・カンファレンス							
14:30～16:30 嚥下造影検査							
16:45～17:00 嚥下内視鏡検査打ち合わせ							
17:00～18:00 嚥下障害症例検討会							
月次予定	月	火	水	木	金	土	日
19:00～20:00 聖隷リハ医局会(月1回;3病院合同)							

*専門外来(摂食嚥下, 高次脳機能, 装具)等がある

連携施設 NTT東日本伊豆病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:45～9:00 嚥下カンファ							
9:00～12:00 外来							
11:45～12:15 入院時合同評価							
13:00～13:30 入院症例カンファ							
14:00～14:30 部長回診							
14:00～15:00 入院判定会議							
15:00～16:00 評価会議							
月次予定	月	火	水	木	金	土	日
16:30～17:00 医局会(第2水曜)							
16:30～17:00 通院リハカンファ(第3木曜)							

連携施設 聖稜リハビリテーション病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:30~11:30 (受付終了) 外来							
11:45~12:00 入院時Caseカンファ							
13:05~13:30 入院患者再評価Caseカンファ							
14:00~16:30 ボトックス診							
13:30~16:45 装具診							
VFについては放射線技師と相談の上、不定期午後に実施							
月次予定	月	火	水	木	金	土	日
16:30~ 医局会 (第3月曜)							
17:30~ 聖稜セミナー (他職種合同勉強会) 月1回							
曜日/時間 不定 地域連携パス会議 (大腿骨頸部骨折)							
曜日/時間 不定 連携パス会議 (CVA) 3か月に1回							

連携施設 清水富士山病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:00~9:00 医局会・Case検討会							
9:00~12:30 外来*							
9:30~ Botox注							
14:30~16:00・VF・VE							
13:30~14:00 入院時Caseカンファ							
14:00~14:30 定例勉強会							
9:30~11:00 装具診							
14:30~16:00・筋電図検査							

連携施設 湖山リハビリテーション病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:30~9:30 リハカンファ							
9:30~12:00 入院時評価							
11:00~12:00 ボツリヌス治療							
15:00~17:00 装具評価・処方							
17:30~19:00 症例検討会							

連携施設 静岡医療福祉センター 児童部

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
7:30～8:30 抄読会 (毎週)							
8:00～8:30 医局会 (月1回)							
8:30～9:00 病棟回診							
8:30～9:20 病棟ケース検討会 (第2, 4週)							
9:00～9:40 他職種合同カンファレンス							
9:00～14:00 装具診							
15:00～16:00 ボックス施注・ブロック療法							
上記以外の空き時間は原則外来診察							

連携施設 城西神経内科クリニック

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:30～9:00院内カンファレンス							
9:00～12:00外来・訪問診療							
14:00～18:00外来・訪問診療(土曜午後は隔週)							
13:00～17:00 Botox注							
12:30～13:00リハ課ミーティング*							
15:30～17:00装具診							
13:00～14:00パーキンソン教室 (月1回)							
18:15～19:15リハ課勉強会 (月1回)							
18:00～19:00リハカンファレンス (月1回)							

*外来リハ・訪問リハの担当者ミーティングが別途あり。

関連施設 聖隷袋井市民病院

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
8:30～9:00 症例検討							
9:00～12:15 外来							
13:00～15:00 装具診							
13:00～13:30 回復期リハ病棟カンファレンス							
13:30～15:00 外来							
15:00～16:00 入院判定会・医局会							
16:00～17:00 一般病棟リハカンファレンス							
月次予定	月	火	水	木	金	土	日
15:00～16:00 褥瘡廻診 (第2,4月曜)							
16:00～17:00 療養病棟リハカンファレンス (第2,4)							

関連施設 藤島クリニック

週間予定	月	火	水	木	金	土	日
9:00～12:00 外来							
15:00～18:00 外来							
14:00～17:30 訪問診療							
14:00～15:00 カンファレンス							

静岡広域病院連携リハビリテーション専門医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月	<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 ・研修プログラム管理委員会開催 ・静岡広域病院連携リハビリテーション専門医研修プログラム参加病院による勉強会 (症例検討・予演会 1/2M程度)
6月	<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) (開催時期は年によって5月のこともあるので要確認) ・静岡広域病院連携リハビリテーション専門医研修プログラム参加病院による勉強会 (症例検討・予演会 1/2M程度)
7月	<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)
9月	<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) ・静岡広域病院連携リハビリテーション専門医研修プログラム参加病院による勉強会 (症例検討・予演会 1/2M程度)
10月	<ul style="list-style-type: none"> ・次年度専攻医募集開始 (浜松市リハビリテーション病院および各連携研修施設 (病院) ホームページ 月末締切)
11月	<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月	<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) ・静岡広域病院連携リハビリテーション専門医研修プログラム参加病院による勉強会 (症例検討・予演会 1/2M程度)
2月	<ul style="list-style-type: none"> ・静岡広域病院連携リハビリテーション専門医研修プログラム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月	<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，医療倫理，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，

I. 知識

A：よく理解している

B：概略を理解している

II. 診断・評価

A：自分ひとりでできる

B：指導責任者のもとでできる

C：概略を知っている

III. 治療

A：自分ひとりでできる

B：指導責任者のもとでできる

C：概略を知っている

の到達レベルに分かれ，

評価基準

3：目標に達した

2：ほぼ目標に達した

1：さらに努力を要する

を設けている。詳細は研修カリキュラムを参照。

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 の8領域にわたっています。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到達レベルのA，B，Cと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。

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医研修の具体的内容 2) 年次毎の専門研修計画（6ページ）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（18ページ）の項目

を参照して下さい。

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（19ページ）の項を参照して下さい。

本プログラムでは、基幹施設と連携施設・関連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できるようにしてあります。

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です。
- ・基幹施設および連携施設・関連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ぶ事になります。
- ・基幹施設と連携施設・関連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、浜松市リハビリテーション病院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・後輩ばかりでなくPT, OT, ST, ナースなどから質問やアドバイスをうけながら討論を行います。
- ・各施設において抄読会や勉強会を実施しています。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、日本語論文と英語論文抄読の両方を読むことで、広い知識を修得することが出来ます。また、本邦の教科書と共に世界的な教科書といわれるリハビリテーション書籍の輪読会を行い、標準とされるリハビリテーション医療を修得することも行います。これらにより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ります。さらに、インターネットなどによる情報検索を行い、診療に役立つスキルを身に付けるようになります。
- ・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ぶことができます。
- ・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、その他関連学会や各種研修セミナーなどに参加して、下記の事柄を学んで行きます。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いただきます。
 - ・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, 医療倫理
 - ・指導法, 評価法などの知識・技能
 - ・サブスペシャリティー関連の知識・技能

5. 学問的姿勢について

医師は、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ています。専攻医も例外ではありません。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、自ら臨床研究を行うことで解決しようとする姿勢を身につけるようにしていただきます。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すると共に、成果は論文として発表し、公に広めると共に批評を受けるフィードバックでさらに成長・発展する姿勢を身につけるように指導します。

なお、リハビリテーション科専門医資格を受験するためには「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」という要件を満たす必要があります。

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。以下、具体的内容を示しました。

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

初期研修でも学んできていると思いますが、癌やターミナルの患者さんに対して障害受容などのコミュニケーションは非常に高度であり、心理状態への配慮も必要とります。専門医の研修ではリハビリテーションに特有な医療者（PT, OT, ST, MSWなど）と患者の良好な関係をはぐくむためにコミュニケーション能力が求められます。これはチーム医療を基本としたリハビリテーションにおいて大変重要です。基本的なコミュニケーションは、指導医に付いて、具体的な態度や言葉使いなど学ぶことからはじめ、当初は指導医と共に行うようになります。ある程度研修が進んだ専攻医が必要な技術として身に付けられるように配慮しています。

2) 医師としての責務を自律的に果たし信頼されること（プロフェッショナルリズム）

医療は医師と患者を含む社会との契約であること十分に理解してもらいます。患者、家族から信頼されるインフォームドコンセントの方法や知識・技能および態度を身につくように指導します。

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他の医療スタッフとのコミュニケーションにも重点が置かれる医療であり、分かりやすい用語を使用して診療記録を理解しすく的確に記載する技能を身につける必要があります。

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

身体の障害のある患者かつ高次脳機能障害や認知症のある患者などを対象とすることが多く、そのための倫理的配慮が必要となる。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てもらいます。

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、また模範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いただきます。チーム医療の一員として後輩医師の教育・指導も担うようになることも研修の一環となっています。

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

本プログラムでは浜松市リハビリテーション病院を基幹施設とし、地域の連携施設、関連施設とともに病院施設群を構成しています。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っています。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分野は8領域に分けられていますが、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、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くるものです。このため、地域の連携病院・関連病院（施設）において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てもらいます。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もさらに養われます。このような理由から浜松市リハビリテーション病院だけでなく、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となります。本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されています。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、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

- ・浜松市リハビリテーション病院の研修に限らず、連携施設・関連施設での研修中においても、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なっています。
- ・本プログラムは静岡県の中核都市病院中心の研修プログラムであるため、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がある場合には、聖隷福祉事業団内および静岡県内の過疎地区にある施設多くあり、研修も可能です。ご相談ください。

8. 施設群における専門研修計画について

図8-1, 8-2 に本プログラムのコース例を示しました。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ることができます。具体的なローテーション一覧は、15. 研修プログラムの施設群について (36ページ) を参照。

本プログラムのメリットの一つに、浜松市の研修病院だけでも完結できることが挙げられます。この場合、浜松市在住で3年間引っ越しなく、研修することが可能であり、同居家族のいる医師や子育て中の女性医師やなどに配慮しています。保育所なども完備していますのでご相談ください。

図8-1 研修例1

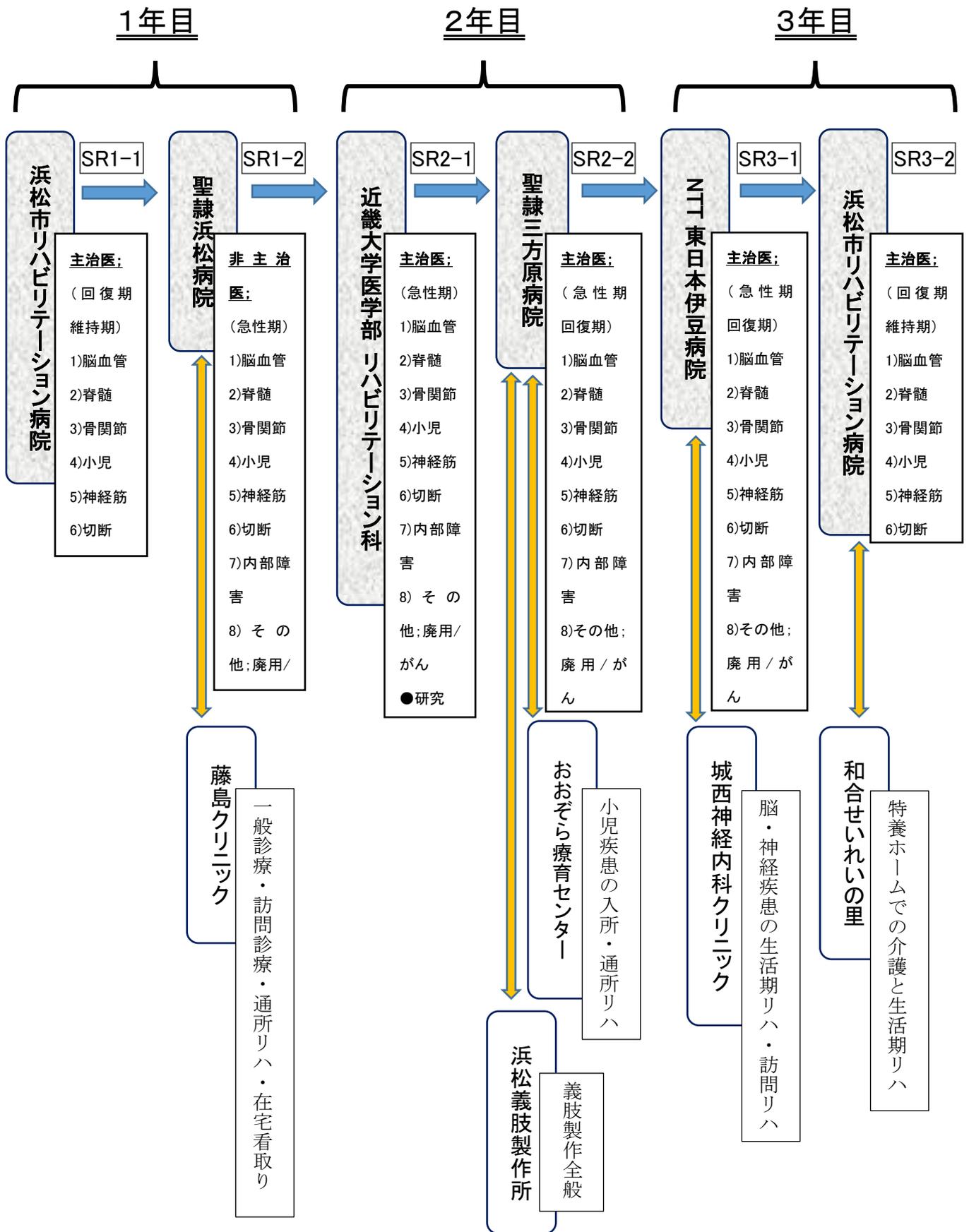


図8-2 研修例2

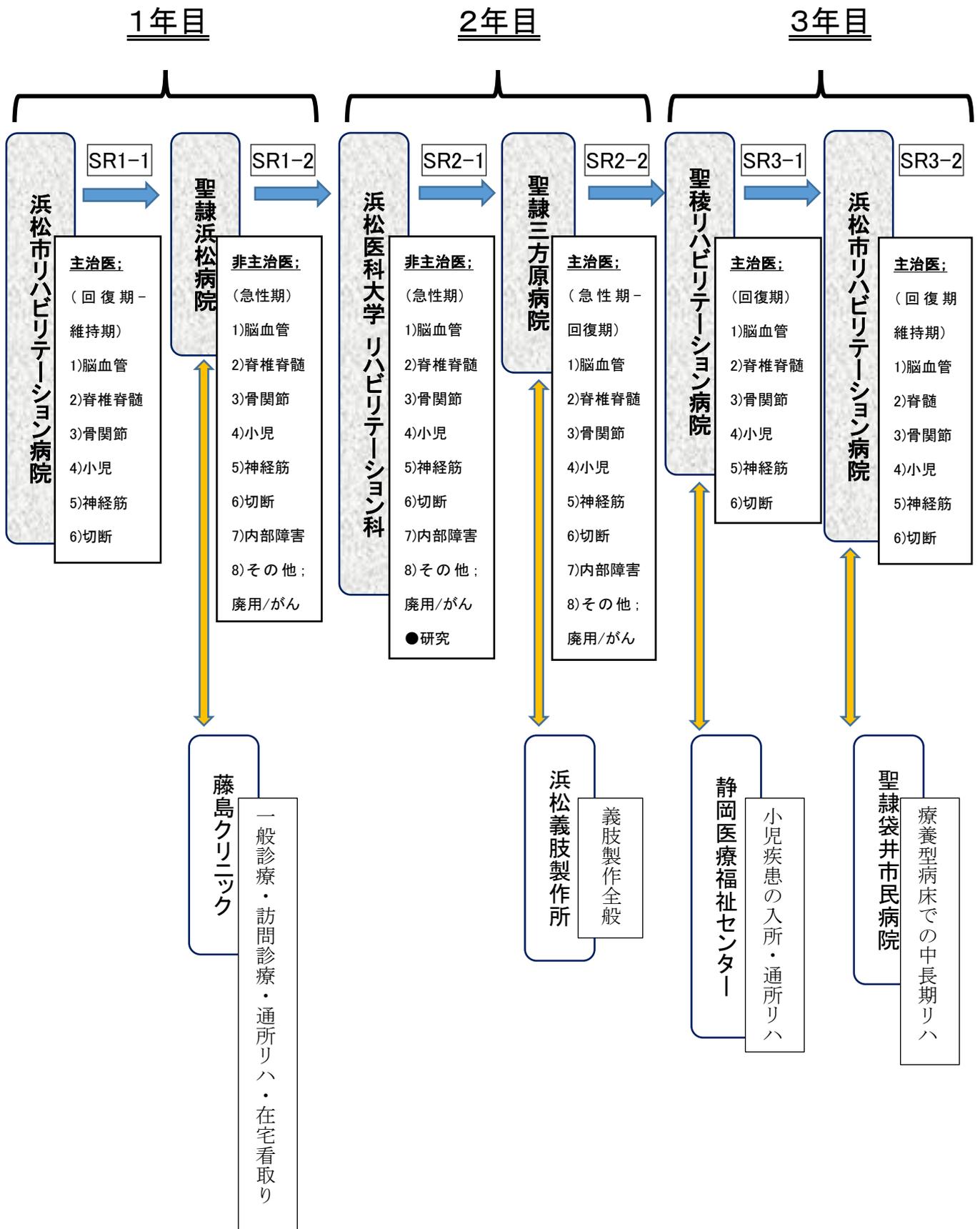


表 8-1-1 ～8-1-11 に上記研プログラムコースでの 3 年間の施設群ローテーションにおける研修内容と予想される経験症例数を示しました。どのコースであっても内容と経験症例数に偏り、不公平がないように十分配慮してあります。

本プログラムの研修期間は 3 年間となっていますが、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が可能です。また、subspecialty 領域専門医取得（例：脳卒中専門医など）を希望される専攻医には必要な教育を並行して行い、学位取得希望者には、臨床研修とあわせて研究を開始し、その指導も行っています。

表 8-1-1 SR1 or 2 or 3

（基幹施設：浜松市リハビリテーション病院）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	
SR1 or 2 or 3	指導医数 3 名	専攻医数 2 名	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (回復期・維持期)	100 症例
浜松市リハビリ テーション病院	病床数 225 床	担当病床数 7 床/19 床		
	外来数 20 症例/週	担当外来数 10 症例/週		
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	10 症例
	装具 10 症例/週	装具 20 症例/週	(3)運動器疾患・外傷	100 症例
	高次脳機能障害	高次脳機能障害	(4)小児疾患	2 症例
	5 症例/週	1 症例/週	(5)神経筋疾患	20 症例
			(6)切断	2 症例
			(7)内部障害	10 症例
	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (回復期・維持期)	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	(8)その他（廃用症候群、が ん、疼痛性疾患など）	50 症例
	(2)外傷性脊髄損傷		電気生理学的診断	3 症例
	(3)運動器疾患・外傷	基本的知能と技能	言語機能の評価	20 症例
	(4)小児疾患	知識：運動学、障害学、 ADL/IADL、ICF など	認知症・高次脳機能の評価	10 症例
	(5)神経筋疾患		摂食・嚥下の評価	100 症例
	(6)切断	技能：全身管理、リハビリ処方、 装具処方、など	排尿の評価	10 症例
	(7)内部障害			
	(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	理学療法	100 症例
			作業療法	100 症例
			言語聴覚療法	50 症例
			義肢	0 症例
			装具・杖・車椅子など	100 症例
			訓練・福祉機器	0 症例
			摂食嚥下訓練	70 症例
			ブロック療法	30 症例

表 8-1-2 SR1 or 2 or 3 (浜松医科大学医学部附属病院) 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	
SR1 or 2 or 3 浜松医科大学 医学部附属病 院	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 (急性期)	100 症例
	病床数 613 床(リハ科 0 床)	担当病床数 10 床/10 床		
	外来数 1,000 症例/週	担当外来数 20 症例/週		
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	30 症例
	装具 10 症例/週	装具 5 症例/週	(3)運動器疾患・外傷	30 症例
	小児 3 症例/週	小児 1 症例/週	(4)小児疾患	30 症例
	リウマチ 10 症例/週	リウマチ 3 症例/週	(5)神経筋疾患	20 症例
	神経筋電図 1 症例/週	神経筋電図 1 症例/週	(6)切断	5 症例
			(7)内部障害	30 症例
			(8)その他 (廃用症候群, がん, 疼痛性疾患など)	50 症例
	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期 ¹)	基本的診療能力 (コアコンピテンシー)	電気生理学的診断	5 症例
		指導医の指導のもと, 別記の事項が	言語機能の評価	20 症例
	(2)外傷性脊髄損傷	効率的, 深く洞察しながら研修でキ る	認知症・高次脳機能の評価	20 症例
	(3)運動器疾患・外傷	基本的知能と技能	摂食・嚥下の評価	20 症例
	(4)小児疾患	知識: 障害受容, 社会制度など	排尿の評価	2 症例
	(5)神経筋疾患	技能: 高次脳機能検査, 装具処方	理学療法	100 症例
	(6)切断	ブロック療法, 嚥下評価, エコー, 急変対応, など	作業療法	50 症例
	(7)内部障害		理学療法	30 症例
	(8)その他 (廃用症候群, がん, 疼痛性疾患など)	指導医の指導のもと, 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 切に判断し大学病院内の他の専門診 療科と連携できる	義肢	5 症例
			装具・杖・車椅子など	20 症例
			訓練・福祉機器	8 症例
			摂食嚥下訓練	30 症例
			ブロック療法	10 症例

表 8-1-3 SR1 or 2 or 3 (近畿大学医学部附属病院) 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	
SR1 or 2 or 3 近畿大学医学部附属病院	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 (急性期)	100 症例
	病床数 933床(リハ専用 0床)	担当病床数 5床/10床		
	外来数 20 症例/週	担当外来数 5 症例/週		
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	30 症例
	装具 5 症例/週	装具 3 症例/週	(3)運動器疾患・外傷	20 症例
	小児 3 症例/週	小児 1 症例/週	(4)小児疾患	20 症例
	リウマチ 10 症例/週	リウマチ 3 症例/週	(5)神経筋疾患	30 症例
	神経筋電図 3 症例/週	神経筋電図 2 症例/週	(6)切断	3 症例
			(7)内部障害	50 症例
			(8)その他(廃用症候群, がん, 疼痛性疾患など)	30 症例
(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期 ¹⁾)	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	電気生理学的診断	6 症例	
		言語機能の評価	10 症例	
		認知症・高次脳機能の評価	10 症例	
(2)外傷性脊髄損傷		摂食・嚥下の評価	10 症例	
(3)運動器疾患・外傷	基本的知能と技能			
(4)小児疾患	知識: 障害受容, 社会制度など			
(5)神経筋疾患	技能: 高次脳機能検査,	理学療法	100 症例	
(6)切断	装具処方, ブロック療法,	作業療法	50 症例	
(7)内部障害	急変対応, など	言語聴覚療法	30 症例	
(8)その他(廃用症候群, がん, 疼痛性疾患など)	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	義肢	1 症例	
		装具・杖・車椅子など	50 症例	
		訓練・福祉機器	1 症例	
		摂食嚥下訓練	10 症例	
		ブロック療法	3 症例	

表 8-1-4 SR1 or 2 or 3 (聖隷三方原病院) 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	
SR1 or 2 or 3 聖隷三方原 病院	指導医数 1/2 名 病床数 934 床 リハ科 0 床 外来数 90 症例/週 特殊外来 装具 4 症例/週 高次脳 10 症例/週	専攻医数 1 名 担当病床数 10 床/10 床 担当外来数 5 症例/週 特殊外来 装具 2 症例/週 高次脳 2 症例/週	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期)	100 症例
			(2)外傷性脊髄損傷	5 症例
			(3)運動器疾患・外傷	20 症例
			(4)小児疾患	7 症例
			(5)神経筋疾患	7 症例
			(6)切断	12 症例
			(7)内部障害	20 症例
			(8)その他 (廃用症候群, がん, 疼痛性疾患など)	30 症例
	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期 ⁱⁱⁱ)	基本的診療能力 (コアコンピテンシー)	電気生理学的診断	3 症例
		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
	(2)外傷性脊髄損傷	効率的かつ思慮深くできる	認知症・高次脳機能の評価	20 症例
	(3)運動器疾患・外傷	基本的知能と技能	摂食・嚥下の評価	20 症例
	(4)小児疾患	知識: 障害受容, 社会制度など		
	(5)神経筋疾患	技能: 高次脳機能検査,	理学療法	100 症例
	(6)切断	装具処方, ブロック療法,	作業療法	50 症例
	(7)内部障害	急変対応, など	言語聴覚療法	30 症例
	(8)その他 (廃用症候群, がん, 疼痛性疾患など)	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	義肢	4 症例
			装具・杖・車椅子など	20 症例
			摂食嚥下訓練	20 症例
			ブロック療法	10 症例

表 8-1-5 SR1 or 2 or 3 (聖隷浜松病院) 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	
SR1 or 2 or 3	指導医数 3名	専攻医数 1名	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期)	100 症例
聖隷浜松 病院	病床数 747 床, リハ科 0 床)	担当病床数 20 床/747 床(総病床数)		
	外来数 20 症例/週	担当外来数 4 症例/週		
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	5 症例
	装具 2 症例/週	装具 1 症例/週	(3)運動器疾患・外傷	10 症例
	痙縮 2 症例/週	痙縮 1 症例/週	(4)小児疾患	15 症例
	嚥下検査 10 症例/週	嚥下検査 2 症例/週	(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)	電気生理学的診断	5 症例
		指導医の監視なしでも, 別記の事項	言語機能の評価	30 症例
	(2)外傷性脊髄損傷	が迅速かつ状況に応じた対応ができ	認知症・高次脳機能の評価	50 症例
	(3)運動器疾患・外傷	る	摂食・嚥下の評価	80 症例
	(7)内部障害	基本的知識と技能	排尿の評価	3 症例
		知識: 社会制度, 地域連携など		
		技能: 住宅改修提案,	理学療法	100 症例
		痙縮治療	作業療法	50 症例
		チームアプローチなど	言語聴覚療法	100 症例
			義肢	3 症例
		指導医の監視なしでも, 別途カリキ	装具・杖・車椅子など	50 症例
		ュラムで A に分類されている評価・	訓練・福祉機器	10 症例
		検査・治療についての中心的な役割	摂食嚥下訓練	80 症例
		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		

表 8-1-6 SR1 or 2 or 3 (NTT 東日本伊豆病院) 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	
SR1 or 2 or 3	指導医数 1/3 名	専攻医数 1 名	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期)	60 症例
NTT 東日本 伊豆病院	病床数 196 床 (回復期 100 床)	担当病床数 10 床		
	外来数 100 症例/週	担当外来数 20 症例/週		
	特殊外来 なし	特殊外来 なし	(2)外傷性脊髄損傷	6 症例
			(3)運動器疾患・外傷	20 症例
			(5)神経筋疾患	3 症例
			(6)切断	1 症例
			(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・維持期 ^{iv})	基本的診療能力 (コアコンピテンシー)	言語機能の評価	20 症例
		指導医の監視なしでも別記の事項が	認知症・高次脳機能の評価	20 症例
		状況に応じて対応できる	摂食・嚥下の評価	10 症例
	(2)外傷性脊髄損傷	基本的知能と技能		
	(3)運動器疾患・外傷	知識：社会制度，地域連携など		
	(5)神経筋疾患	技能：高次脳機能検査， 装具処方，ブロック療法， 急変対応， チームアプローチなど	理学療法	100 症例
	(6)切断		作業療法	80 症例
	(8)その他 (廃用症候群，がん， 疼痛性疾患など)		言語聴覚療法	20 症例
		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・治療についての大部分を実践 でき，B に分類されているもの一部 について適切に判断し専門診療科と 連携できる	義肢	3 症例
			装具・杖・車椅子など	50 症例
			摂食嚥下訓練	10 症例

表 8-1-7 SR1 or 2 or 3 (聖稜リハビリテーション病院)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	
SR1 or 2 or 3	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 (急性期)	50 症例
聖稜リハビリ テーション病院	病床数 125 床 (回復期病棟)	担当病床数 20 床/102 床		
	外来数 40 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 5 症例/週	装具 5 症例/週	(4)小児疾患	20 症例
	痙縮 3 症例/週	痙縮 2 症例/週	(5)神経筋疾患	5 症例
	嚥下検査 1 症例/月	嚥下検査 1 症例/月	(6)切断	4 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)	言語機能の評価	15 症例
		指導医の監視なしでも、別記の事項	認知症・高次脳機能の評価	30 症例
	(2)外傷性脊髄損傷	が迅速かつ状況に応じた対応がで	摂食・嚥下の評価	20 症例
	(3)運動器疾患・外傷	きる	排尿の評価	20 症例
	(5)神経筋疾患	基本的知識と技能		
		知識：社会制度、地域連携など	理学療法	100 症例
		技能：住宅改修提案、	作業療法	50 症例
		ブロック療法、	言語聴覚療法	15 症例
		チームアプローチなど	義肢	3 症例
		指導医の監視なしでも、別途カリキ	装具・杖・車椅子など	40 症例
		ュラムで A に分類されている評価・	訓練・福祉機器	1 症例
		検査・治療についての中心的な役割	摂食嚥下訓練	20 症例
		を果たし B に分類されているものを	ブロック療法	10 症例
		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		

表 8-1-8 SR1 or 2 or 3 (清水富士山病院) 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		
SR1 or 2 or 3	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 (急性期)	30 症例	
清水富士山 病院	病床数 50床 (リハ科) 外来数 50 症例/週	担当病床数 20床/102床 担当外来数 5 症例/週			
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	5 症例	
	装具 10 症例/週	装具 5 症例/週	(3)運動器疾患・外傷	30 症例	
	痙縮 3 症例/週	痙縮 2 症例/週	(4)小児疾患	20 症例	
	嚥下検査 5 症例/週	嚥下検査 2 症例/週	(5)神経筋疾患	5 症例	
			(6)切断	5 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)	認知症・高次脳機能の評価	1 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	摂食・嚥下の評価	8 症例	
	(3)運動器疾患・外傷				
	(5)神経筋疾患		基本的知識と技能		
			知識：社会制度，地域連携など	理学療法	80 症例
		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	
			義肢	1 症例	
			装具・杖・車椅子など	5 症例	
		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・治療についての中心的な役割 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	摂食嚥下訓練	10 症例	

表 8-1-9 SR1 or 2 or 3 (湖山リハビリテーション病院)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	
SR1 or 2 or 3	指導医数 1/2 名	専攻医数 1 名	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期)	30 症例
湖山リハビリテ ーション病院	病床数 48 床 (回復期病棟)	担当病床数 20 床/48 床		
	外来数 30 症例/週	担当外来数 5 症例/週		
	特殊外来	特殊外来	(2)外傷性脊髄損傷	5 症例
	装具 5 症例/週	装具 5 症例/週	(3)運動器疾患・外傷	30 症例
	痙縮 5 症例/週	痙縮 5 症例/週	(4)小児疾患	10 症例
	嚥下検査 2 症例/週	嚥下検査 2 症例/週	(5)神経筋疾患	10 症例
			(6)切断	3 症例
	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (回復期)	基本的診療能力 (コアコンピテンシー)	電気生理学的診断	2 症例
			言語機能の評価	20 症例
		指導医の監視なしでも、別記の事項	認知症・高次脳機能の評価	20 症例
	(2)外傷性脊髄損傷	が迅速かつ状況に応じた対応がで	摂食・嚥下の評価	50 症例
	(3)運動器疾患・外傷	きる	排尿の評価	5 症例
	(4)小児疾患	基本的知識と技能		
	(5)神経筋疾患	知識：社会制度、地域連携など	理学療法	100 症例
	(6)切断	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	20 症例
			義肢	5 症例
		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・治療についての中心的な役割 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	15 症例
			摂食嚥下訓練	20 症例
			ブロック療法	20 症例

表 8-1-10 SR1 or 2 or 3 (静岡医療福祉センター)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	
SR1 or 2 or 3	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	5 症例
静岡医療 福祉センター 児童部	病床数 60 床 (障害者施設等入院基本料)	担当病床数 10 床/60 床		
	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	(4)小児疾患	50 症例
	痙縮 10 症例/週	痙縮 2 症例/週	(5)神経筋疾患	5 症例
	嚥下検査 5 症例/週	嚥下検査 1 症例/週	(6)切断	5 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)	言語機能の評価	30 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	摂食・嚥下の評価	30 症例
	(3)運動器疾患・外傷			
	(4)小児疾患			
	(5)神経筋疾患	知識：社会制度、地域連携など	理学療法	100 症例
		技能：住宅改修提案、 ブロック療法	作業療法	50 症例
		チームアプローチなど	言語聴覚療法	30 症例
			義肢	5 症例
		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・治療についての中心的な役割 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	10 症例

表 8-1-11 SR1 or 2 or 3 (城西神経内科クリニック)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	
SR1 or 2 or 3	指導医数 3/2 名	専攻医数 1 名	(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など	50 症例
城西 神経内科 クリニック	病床数 0 床 (一般病床 4 床)	担当病床数 0 床/0 床		
	外来数 100 症例/週	担当外来数 50 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	(4)小児疾患	2 症例
	痙縮 10 症例/週	痙縮 2 症例/週	(5)神経筋疾患	5 症例
	嚥下検査 5 症例/週	嚥下検査 1 症例/週		
	訪問リハビリテーション 20 件/週	訪問リハビリテーション 2 件/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)	言語機能の評価	30 症例
		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	認知症・高次脳機能の評価	20 症例
	(2)外傷性脊髄損傷		摂食・嚥下の評価	20 症例
	(3)運動器疾患・外傷			
	(4)小児疾患	基本的知識と技能		
	(5)神経筋疾患	知識：社会制度、地域連携など	理学療法	50 症例
		技能：住宅改修提案、 ブロック療法	作業療法	50 症例
		チームアプローチなど	言語聴覚療法	30 症例
			装具・杖・車椅子など	30 症例
		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・治療についての中心的な役割 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	摂食嚥下訓練	10 症例

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。これにより基本から応用へ, さらに専門医として独立して臨床や研究が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う。あわせて研修施設評価・研修施設 PG の評価も行うこととします。
- ・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」に経験症例数と研修目標達成度を記載し, 指導医はそれに評価・講評を加える。
- ・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 月末に専門研修プログラム管理委員会に提出します。
- ・専門研修プログラム管理委員会にて, 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攻医は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

基幹施設である浜松市リハビリテーション病院には, 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。連携施設には, 連携施設担当者と委員会組織を置きます。静岡広域病院連携リハビリテーション科専門医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, 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・関連施設への出張, 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などです。

<基幹施設の役割>

基幹施設は連携施設・関連施設とともに研修施設群を形成します。研修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。また基幹施設は連携施設・関連施設と協議の上, 随時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、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。

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配慮します。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うようにします。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、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ることとします。

1 2. 専門研修プログラムの改善方法

本プログラムでは、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PGの改善を行うこととします。

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に対する評価を行うようにします。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面接ないし質問紙にて行い、結果は専門研修プログラム管理委員会に提出され、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プログラムをより良いものに改善して行くこととなります。

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）が行われることになっています。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。

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月末に研修プログラム統括責任者または研修連携施設担当者

が専門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します。

1 4. 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」を専攻医研修終了の3月までに専門研修プログラム管理委員会に送付して下さい。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下さい。

1 5. 研修プログラムの施設群について

専門研修基幹施設

- ・浜松市リハビリテーション病院が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設と関連施設

連携施設は以下の通りで診療実績を満たしています。

<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以下の病院または施設です。

浜松医科大学付属病院、近畿大学付属病院、聖隷三方原病院、聖隷浜松病院、聖隷リハビリテーション病院、清水富士山病院、NTT東日本伊豆病院、湖山リハビリテーション病院、静岡医療福祉センター、城西神経内科クリニック

<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指す。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以下の施設です。

聖隷袋井市民病院、藤島クリニック、遠江病院、厚生園讃栄寮、厚生園信生寮、三方原ベテルホーム、浜松ゆうゆうの里、和合せいれいの里、浜松義肢製作所

本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ぶ。関連施設は1日単位の見学実習を行う病院・施設となり、雇用契約は結ばない。ローテート例は表15-1を参照。

<連携施設>

基幹施設でもあり本プログラムとの相互連携

- ・浜松医科大学医学部附属病院
- ・近畿大学医学部附属病院

総合病院

- ・聖隷三方原病院（リハベッドあり）
おおぞら療育センター（小児リハ）
- ・聖隷浜松病院（リハベッドなし）

回復期リハビリテーション病棟

- ・ NTT 東日本伊豆病院
- ・ 聖稜リハビリテーション病院
- ・ 清水富士山病院
- ・ 湖山リハビリテーション病院
- ・ 静岡医療福祉センター児童部（小児リハ）
- ・ 城西神経内科クリニック（リハ科診療所，訪問リハ）

<関連施設>

- ・ 聖隷袋井市民病院（回復期リハ病棟，療養病棟）
- ・ 藤島クリニック（リハ科診療所，訪問リハ）
- ・ 遠江病院
- ・ 三方原ベテルホーム（老人保健施設）
- ・ 浜松ゆうゆうの里（有料老人ホーム）
- ・ 聖隷厚生園 信生寮・讃栄寮
（障害児リハビリテーション，高次脳機能障害職業リハビリテーション，
身体障害者療護施設，救護施設）
- ・ 和合せいれいの里
（特別養護老人ホーム，高齢者デイサービス，障害者支援施設，
生活支援ハウス，障害者相談支援事業所）
- ・ 浜松義肢製作所

表15-1 プログラムローテーション例

1年目	2年目	3年目
基幹施設 浜松市リハビリテーション病院	連携施設 聖隷三方原病院	連携施設 聖隷浜松病院
基幹施設 浜松市リハビリテーション病院	連携施設 NTT東日本伊豆病院	連携施設 近畿大学or浜松医大
基幹施設 浜松市リハビリテーション病院	連携施設 聖稜リハビリテーション病院	連携施設 清水富士山病院
連携施設（基幹施設） 近畿大学	基幹施設 浜松市リハビリテーション病院	連携施設 聖隷三方原病院
連携施設（基幹施設） 浜松医科大学	連携施設 聖隷三方原病院	基幹施設 浜松市リハビリテーション病院

<専門研修施設群>

浜松市リハビリテーション病院と連携施設により専門研修施設群を構成しています。

<専門研修施設群の地理的範囲>

本プログラムの専門研修施設群は静岡県の全域にわたっています。施設群の中には、大学病院ほか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。浜松医科大学と近畿大学は共に基幹施設であるが相互に連携施設となっています。なお近畿大学は大阪にありますが、従来から研修を受け入れている関係にあること、研究や大学院での学位取得などから唯一静岡県外にあります。ただし、新幹線を使えば日帰りが可能

な距離でもあり専門研修施設群に加わっています。

16. 専攻医受け入れ数について

毎年 3名を受け入れ数とします。

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。

本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。浜松市リハビリテーション病院に 3名、プログラム全体では 14.3名の指導医が在籍しており、2017 年の専攻医受け入れ人数は各 3名となっていますので、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トのばらつき（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しています。図16-1 は現状の概念図です。

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16-1）。

図16-1 連携病院との関係概念図

基本的に、6ヶ月ごとに所属先を移動して研修を進める

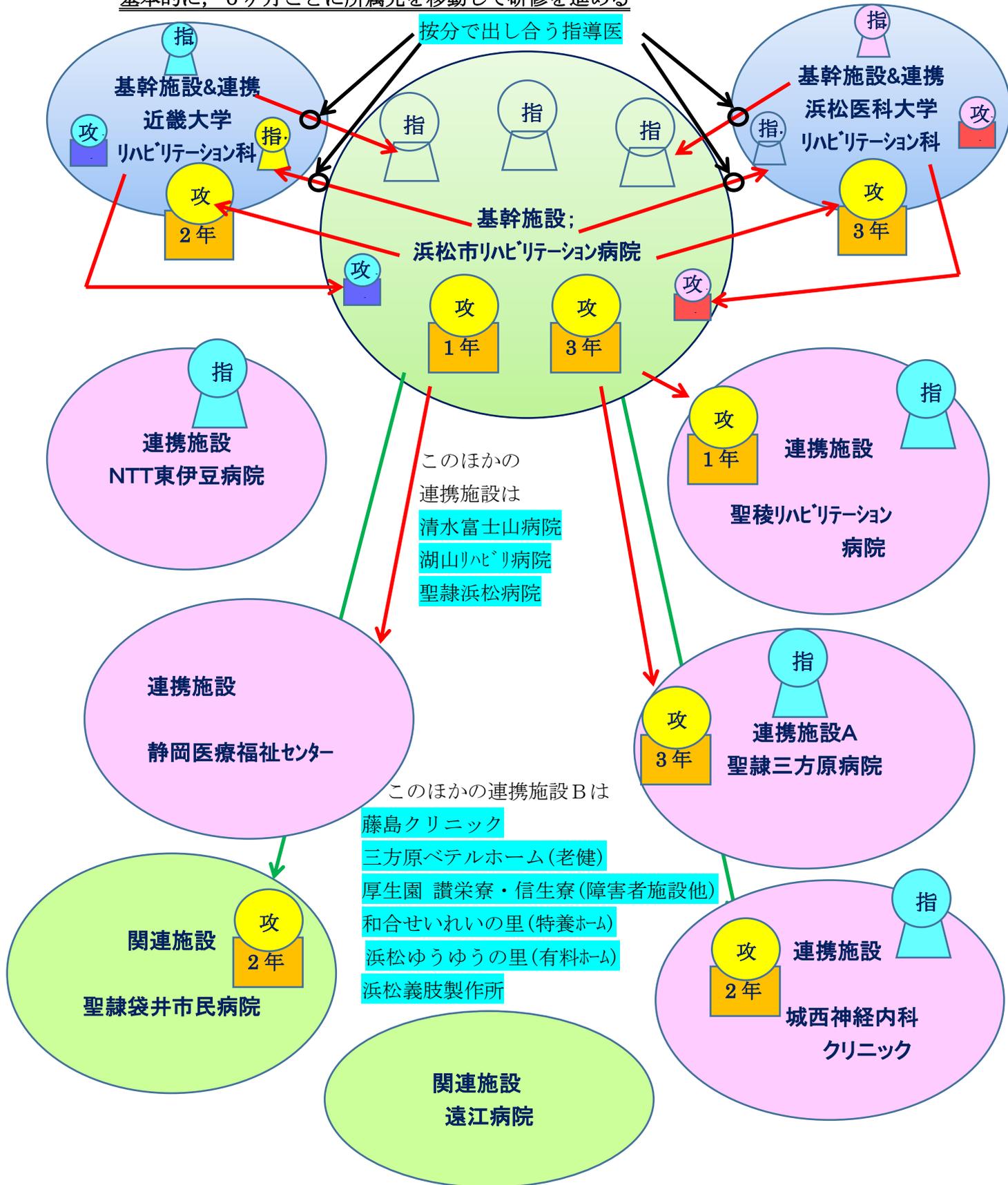


表16-1 経験予定症例数/研修プログラム必要症例数/昨年度実績症例数

経験予定症例数/研修プログラム必要症例数/昨年度実績症例数							
項目	SR1 浜松市リハビリテーション病院	SR1 近畿大学附属病院	SR1 浜松医科大学学附属病院	SR2 聖隷三方原病院	SR2 NTT 東日本伊豆病院	SR3 聖隷浜松病院	SR3 聖隷リハビリテーション病院
(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など	100 症例	100 症例	100 症例	100 症例	60 症例	100 症例	50 症例
(2)外傷性脊髄損傷	10 症例	30 症例	30 症例	5 症例	6 症例	5 症例	5 症例
(3)運動器疾患・外傷	100 症例	20 症例	30 症例	20 症例	20 症例	10 症例	5 症例
(4)小児疾患	2 症例	20 症例	30 症例	7 症例	0 症例	0 症例	20 症例
(5)神経筋疾患	20 症例	30 症例	20 症例	7 症例	3 症例	20 症例	5 症例
(6)切断	2 症例	3 症例	5 症例	12 症例	1 症例	20 症例	4 症例
(7)内部障害	10 症例	500 症例	30 症例	20 症例	0 症例	0 症例	0 症例
(8)その他:廃用症候群, がん, 疼痛性疾患など	50 症例	30 症例	50 症例	30 症例	5 症例	0 症例	0 症例
経験すべき診察・検査等							
電気生理学的診断	3 症例	6 症例	5 症例	3 症例	0 症例	5 症例	0 症例
言語理解の評価	20 症例	10 症例	20 症例	10 症例	20 症例	30 症例	15 症例
認知症・高次機能の評価	10 症例	10 症例	20 症例	20 症例	20 症例	50 症例	30 症例
摂食・嚥下の評価	100 症例	10 症例	20 症例	20 症例	10 症例	80 症例	20 症例
排尿の評価	10 症例	0 症例	2 症例	0 症例	0 症例	3 症例	20 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	100 症例	100 症例	100 症例	100 症例
作業療法	100 症例	50 症例	50 症例	50 症例	80 症例	50 症例	50 症例
言語聴覚療法	50 症例	30 症例	30 症例	30 症例	20 症例	100 症例	15 症例
義肢	0 症例	1 症例	5 症例	4 症例	3 症例	3 症例	3 症例
装具・杖・車椅子など	100 症例	50 症例	20 症例	20 症例	50 症例	50 症例	40 症例
訓練・福祉用具	0 症例	1 症例	8 症例	0 症例	0 症例	10 症例	1 症例
摂食・嚥下訓練	70 症例	10 症例	30 症例	20 症例	10 症例	80 症例	20 症例
ブロック療法	30 症例	3 症例	10 症例	10 症例	0 症例	0 症例	10 症例

項目	SR3 清水富士山病 院	SR3 湖山リハビリテー ション病院	SR3 静岡医療福祉 センター	SR3 城西神経内科 クリニック	研修プログラム 必要症例数	施設群 昨年度実績
(1)脳血管障害・ 外傷性脳損傷など	30 症例	30 症例	5 症例	50 症例	15 症例	5, 158 症例
(2)外傷性脊髄損傷	2 症例	5 症例	5 症例	5 症例	3 症例	611 症例
(3)運動器疾患・外傷	5 症例	30 症例	5 症例	5 症例	22 症例	5, 436 症例
(4)小児疾患	0 症例	10 症例	50 症例	2 症例	5 症例	1, 092 症例
(5)神経筋疾患	3 症例	10 症例	5 症例	5 症例	10 症例	866 症例
(6)切断	1 症例	3 症例	5 症例	0 症例	3 症例	94 症例
(7)内部障害	0 症例	0 症例	0 症例	0 症例	10 症例	2, 746 症例
(8)その他:廃用症候群, がん, 疼痛性疾患など	0 症例	0 症例	0 症例	0 症例	7 症例	2, 304 症例
経験すべき診察・検査等						
電気生理学的診断	0 症例	2 症例	0 症例	0 症例	2 症例	1, 490 症例
言語理解の評価	0 症例	20 症例	30 症例	30 症例	2 症例	1, 725 症例
認知症・高次機能の評価	1 症例	20 症例	0 症例	20 症例	2 症例	4, 017 症例
摂食・嚥下の評価	8 症例	50 症例	30 症例	20 症例	2 症例	3, 276 症例
排尿の評価	0 症例	5 症例	0 症例	0 症例	2 症例	460 症例
経験すべき手術・処置等						
理学療法	80 症例	100 症例	100 症例	50 症例	2 症例	32, 269 症例
作業療法	50 症例	50 症例	50 症例	50 症例	2 症例	20, 032 症例
言語聴覚療法	0 症例	20 症例	30 症例	30 症例	2 症例	7, 142 症例
義肢	1 症例	5 症例	5 症例	0 症例	2 症例	61 症例
装具・杖・車椅子など	5 症例	50 症例	50 症例	30 症例	2 症例	1, 697 症例
訓練・福祉用具	0 症例	15 症例	30 症例	0 症例	2 症例	158 症例
摂食・嚥下訓練	10 症例	20 症例	20 症例	10 症例	2 症例	3, 450 症例
ブロック療法	0 症例	20 症例	10 症例	0 症例	2 症例	304 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することができます。リハビリテーション領域においてSubspecialty 領域である脳卒中専門医、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。

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とのことです。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）を有するものは、専攻医としての研修期間を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。

18. 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を行い対応いたします。
- 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ておりません。なお特別な場合とは、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などいたします。
- 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。

連携基幹病院である近畿大学のプログラムの総括責任者は、近畿大学医学部高度先端総合医療センターの責任者を兼任しており、iPS細胞などが手近に利用でき最先端の研究も可能です。

<http://www.med.kindai.ac.jp/stemcell/>

近畿大学では特に優れた研究業績では3年以上在学すれば修了できます。その要件は、a) 主論文がイ

ンパクトファクター5以上の主要国際誌に掲載あるいは掲載決定された場合、b) 主論文および副論文が主要国際誌に掲載され、それらのインパクトファクターの合計が10を越える場合、c) 主論文の内容が日本医学会の分科会または国際学会で発表され、その学会の定めた賞を受賞するなど、その内容が著しく優れていることが認められた場合となっています。

- 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、全研修期間3年のうち6ヵ月までの休止・中断は、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することで対応いたします。

19. 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ります。

- ・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回以上は筆頭演者であること。

- ・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になります。一方、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ることにもなります。

<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となっています。

20. 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。浜松市リハビリテーション病院（基幹施設）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可能となっています。

- ・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もらいます。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う。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るようにします。

2 1. 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。

2 2. 専攻医の採用と修了について

採用方法

静岡広域病院連携リハビリテーション科専門医研修プログラム管理委員会は、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、リハビリテーション科専攻医を募集します。研修プログラムへの応募者は、基本的に10月末までに研修プログラム統括責任者宛に所定の形式の『静岡広域病院連携リハビリテーション科専門医研修プログラム 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下さい。申請書は

- (1) 浜松市リハビリテーション病院のwebsite (<http://www.hriha.jp/index.html>)よりダウンロード
- (2) 電話で問い合わせ(053-471-8331 (代表))
- (3) e-mail で問い合わせ (ifujishima@sis.seirei.or.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採用試験または面接試験を行い、12月に決定して採否を本人に文書およびメールにて通知します。

修了については、13. 修了判定について (35ページ) を参照して下さい。