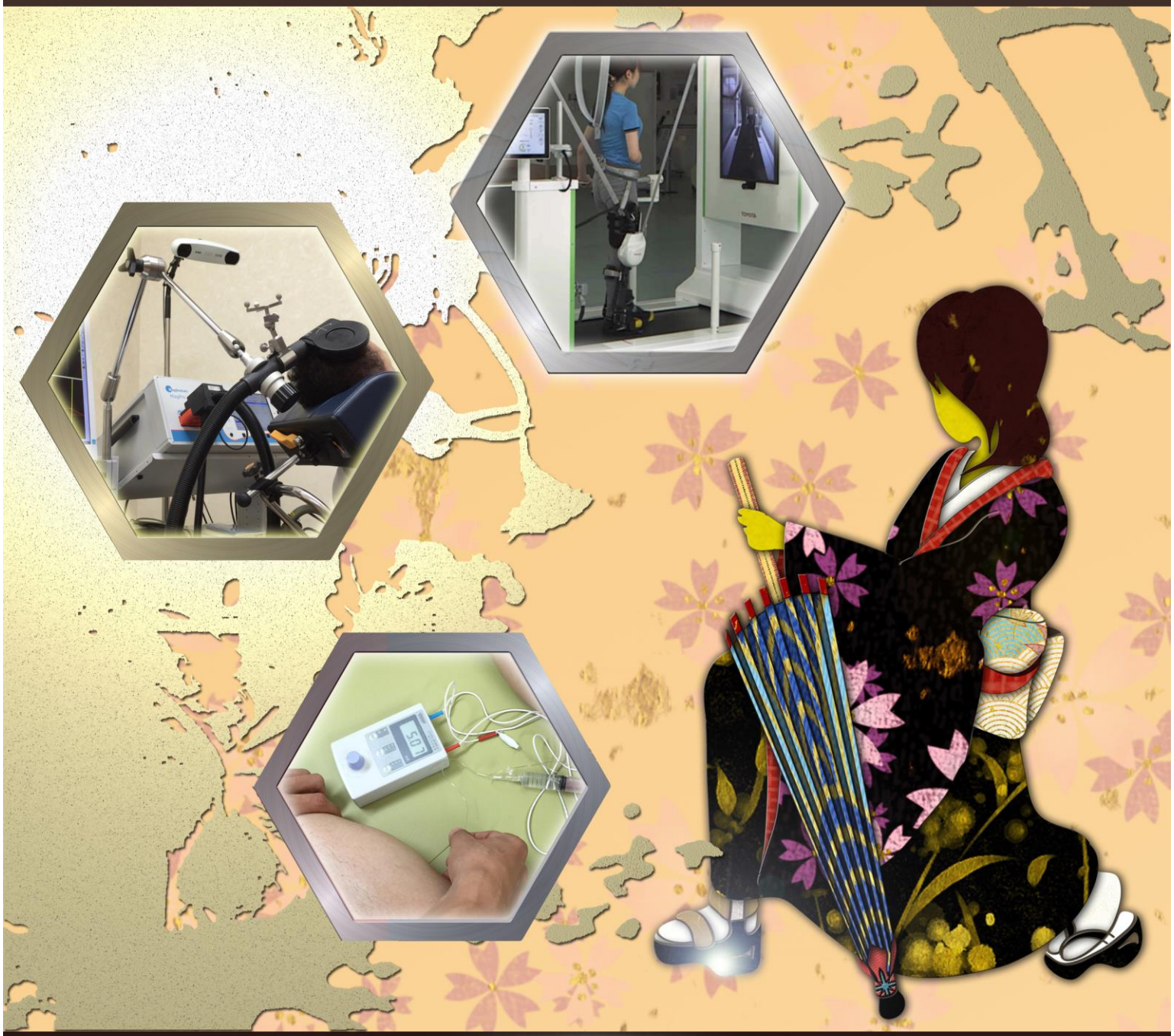
聖マリアンナ医科大学

リハビリテーション科専門研修プログラム



聖マリアンナ医科大学 Ver.20200701

目次

1 はじめに～プログラムの目的～ ---------- 1

2 専門研修の流れ ---------- 2

3 専攻医の到達目標 ---------- 7

4 専攻医の経験目標 ---------- 8

5 専門研修評価・修了判定 ----------11

6 その他 ----------12

1 はじめに～プログラムの目的～

多くの方がリハビリテーションという言葉から運動を連想すると思います。もちろんそれは誤りではありませんが、医療保険で行われるリハビリテーション医学はもっと科学的な概念です。例えば入院で廃用症候群になったからといって、安易に強い運動負荷をしてよいものでしょうか？炎症下で異化亢進、つまり肝が CRP 産生に傾いている場合には筋合成は充分に行えないため、筋負荷は分解を最小限に抑えつつ合成を賦活する強度でなければなりません。脳卒中麻痺も、ただ鍛えればよいというものではありません。脳卒中麻痺は基本的に運動の量ではなく質的障害ですから、鍛えることにより痙縮などの異常緊張パターン、つまり症状の質自体が増悪する可能性もあります。リハビリテーション治療はただ頑張ればいいというものではなく、あくまでも医学的に正しく頑張る必要があります。リハビリテーション科専門医は、そのような医学的な観点から患者の「活動を育む」専門家です。

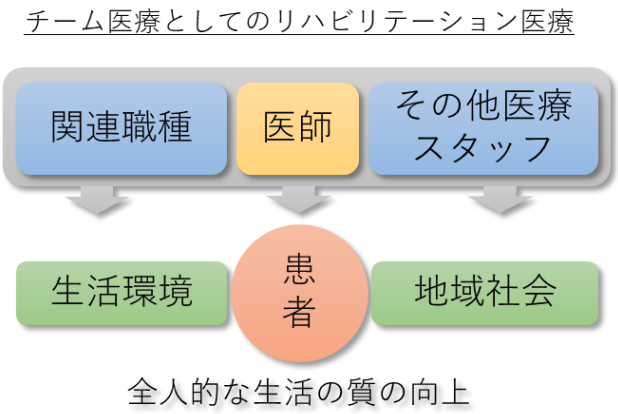
リハビリテーションの手技自体は古来よりあるものの医学としての歴史はまだ浅く、上記の様な医学的見地は不足しているのが現状です。専門医数もまだまだ足りません。しかし、逆に言えばこの分野はブルーオーシャン、目の前に無限の可能性が広がっているのです。特に近年は技術的な進歩も相まって、リハビリテーション医学の世界は大きく様変わりしている真っ只中です。特殊な局所磁場刺激で大脳皮質活動性を直接変化させ脳卒中後遺症を改善させる反復性経頭蓋磁気刺激(rTMS)、人の手では不可能な制御で歩行訓練をする robotics 等、10 年前には考えられなかった新しい治療が次々と開発されています。皆さんのふとした気づきが日本の、世界の医学・医療を変えるかもしれない、そのような分野なのです。

特に我が国の喫緊の課題の一つである「健康寿命」の延長については、世界中が日本のリハビリテーションに注目しています。救命医学の発展により長寿大国となった我が国では、男性は 9 年間・女性は 13 年間もの間、亡くなる前に介護を要する生活を強いられています。今の日本は、世界にとって未来の少子高齢化を映す鏡です。我々のリハビリテーション治療で世界をリードしていく必要があります。

本プログラムの基幹病院である聖マリアンナ医科大学では、2020 年 4 月にリハビリテーション医学講座が新設されたばかりですが、リハビリテーション部としてはかねてより特に急性期についてご評価いただいており、COVID-19 においても恐らく日本で最も多くの ICU リハビリテーション経験を有する病院の一つでしょう。心臓・呼吸器・腎臓リハビリテーションにおいても、大規模な研究やガイドライン策定に関わっております。大学病院の連携施設としては、本邦におけるリハビリテーション医学の先駆者であり世界に反復性経頭蓋磁気刺激(rTMS)を広めた東京慈恵会医科大学があります。民間の連携・関連施設では robotics を用いた最新鋭の回復期リハビリテーションや、急性期から回復期、維持期に至るまでの地域密着型医療も学べます。リハビリテーション医学の扱う分野は幅広いですが、臨床・研究含め、まさに「専門家」になるための全てを用意しております。共に新しいリハビリテーション医学を目指しましょう。

2 専門研修の流れ

1) リハビリテーション科専門医の理念と使命



リハビリテーション医療では特にチーム医療が重要となります。専攻医は障害に対する専門的治療技能、幅広い医学知識・経験、他の専門領域との連携を学び、リハビリテーション専門医の使命、すなわち、①チームリーダーとしてリハビリテーション医療の主導、②良質なリハビリテーション医療の国民への提供、③リハビリテーション医学の進歩・普及のための研究・教育を果たさねばなりません。専門研修ではそのための環境を提供します。

2) 研修段階

2 年間の臨床研修(前期研修)と 3 年間の専門研修(後期研修)をあわせた 5 年間の研修を修了し、日本専門医機構が実施するリハビリテーション科専門医認定試験に合格すればリハビリテーション科専門医として認定されます。3 年間の専門研修はそれぞれ SR1、SR2、SR3 と呼ばれ、それぞれの年度でプログラムの達成度について評価されます。

注１） 臨床研修中にリハビリテーション科を選択していても、総期間の短縮はできません。

注２） 専門研修期間中に大学院に進むことも可能であり、臨床に従事しつつ研究を進めるのであればその期間は研修期間に含まれます。ただし基礎研究は期間に含まれません。

3) 指導および評価、修了判定のプロセス概要

専門研修は指導医により行われます(指導医 1 名が同時に指導できる専攻医は 2 名まで)。

SR1,SR2 の 3 月に関しては、各年度に専攻医が所属した研修施設の上級医・専門医・指導医・多職種からの情報に基づきプログラム連携委員会が検討し、指導医の進言のもとプログラム統括責任者が評価を行います。その評価は専攻医にフィードバックされます。

SR3 の 3 月には、経験症例数報告を含むプログラム達成状況、研修出席日数、専門的知識・技能・態度についてプログラム連携委員会が判定します。修了判定に至らなかった場合には追加研修が行われます。

注1） 指導医：日本リハビリテーション医学会が認定する専門研修指導医
専門医取得後 3 年以上、指導医講習会履修

注2） プログラム連携委員会：本プログラムに連携する施設群の各担当者で構成される委員会
研修プログラムの作成・修正、自己学習の機会提供（施設外の講習会や研修セミナー、学術集会などへの紹介や斡旋など）、専攻医の研修進捗状況の把握、指導医による指導および評価の適否の検討、研修プログラムの修了判定、修了証の発行などを担う

4）年次ごとの専門研修計画

SR1	① 指導医の助言・指導のもとに基本的診療能力（コアコンピテンシー）を身につける ② 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）の概略を理解し一部を実践する
SR2	① 基本的診療能力の向上に加え、リハビリテーション関連職種の指導にも参画する ② 指導医の監督のもと、研修カリキュラムで A に分類される評価・検査・治療の大部分が実践できる ③ 研修カリキュラムで B に分類される評価・検査・治療の一部について適切に判断し、専門診療科と連携して実際の診断・治療へ応用する力量を養う ④ 学会や研究会への参加などを通して専門知識や技能の習得を図る
SR3	① 基本的診療能力については、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 ② 基本的知識・技能に関しては、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て専門診療科と連携ができ、C に分類されているものの概略を理解し経験する ③ 専門医取得にむけて、より積極的に専門知識や技能の習得を図り、3 年間の研修プログラムで求められている全てを満たすように努力する

5）研修の場面

① 臨床現場での学習

これが研修のメインとなります。実症例を通して受ける指導医からの指導、リハビリテーションスタッフとのディスカッション、専門診療科とのカンファレンスなどを通じ、病態と診断、治療過程を理解します。そして、リハビリテーション治療のゴールや期間の設定をしたうえでリハビリテーション処方を行い、医療福祉制度を活用した退院支援の方法を学びます。また、抄読会や勉強会を実施し、インターネットを活用した情報検索の指導も行います。補装具外来などの専門外来では、指導医からの指導を通じて高度な技術を修得します。

② 研修会や講習会における学習

日本リハビリテーション医学会学術集会やその関連学会、各種研修セミナーに参加し、国内外の標準的治療および先進的・研究的治療、医療安全・感染管理・医療倫理、指導・教育、評価法などを学びます。症例経験の少ない分野に関しては、日本リハビリテーション医学会の病態別実践リハビリテーション研修会等に参加することで知識・技能の獲得が可能です。

③ 医局会や研究発表会での学習

基幹研修施設では月 2 回の勉強会と月 1 回の研究発表会を行います。勉強会では英文抄読やテーマを決めた学習発表、研究発表会では症例検討や学会発表の予演、学会報告等が行われます。連携施設勤務期間中も可能な限り参加いただけます。

6）研修プログラム施設群とローテーション例

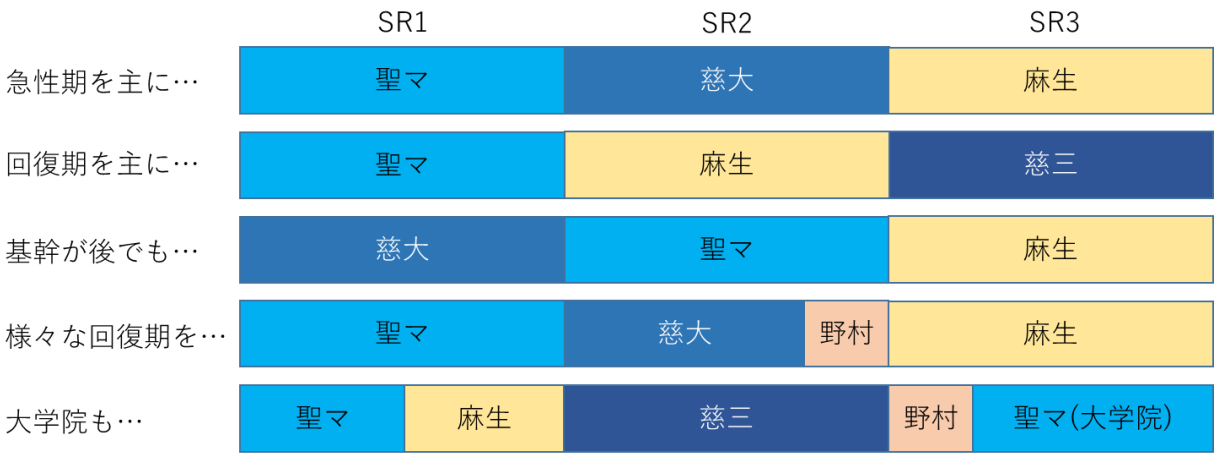
本プログラムは、聖マリアンナ医科大学病院リハビリテーション科を基幹施設とし、3 つの連携施設と 1 つの関連施設と共に施設群を構成しています。連携施設とはリハビリテーション科専門研修指導責任者が常勤し、リハビリテーション研修委員会の認定を受け、リハビリテーション科を院内外に標榜している施設、関連施設とは補完的な役割を担う施設を指します。なお、専門研修期間中に病棟主治医の期間を原則 12 ヵ月以上（6 ヵ月以上必須）、うち回復期リハビリテーション病棟で 6 ヵ月以上含める必要があります。

3 つの施設が大学病院であるため幅広い疾患や病態を経験することが可能であり、東京都と神奈川県の近隣圏内で完結するため落ち着いた生活を確保できます。

基幹施設：指導責任者・指導医常勤、3 年間の研修期間のうち半年～1 年の勤務研修が義務付け 研修内容に関して一般社団法人日本専門医機構による監査・調査に対応が可能		
聖マリアンナ医科大学病院		急性期・維持期
連携施設：指導責任者・指導医常勤、半年～1 年の勤務研修候補病院 研修の際には雇用契約を締結する		
東京慈恵会医科大学附属病院	病棟主治医	急性期・維持期
東京慈恵会医科大学附属第三病院	病棟主治医	急性期・回復期・維持期
総生会麻生リハビリ総合病院	病棟主治医・回復期病棟	回復期・維持期
関連施設：専門医 or 認定臨床医常勤、指導医は定期訪問、3 ヵ月以内の短期ローテーション		
慈生会野村病院	病棟主治医・回復期病棟	急性期・回復期・維持期

ローテーションは条件を満たせばどのような形もとれます。各々の専攻医の希望も聞きながら経験症例や経験手技に偏りが生じないように、3 年間を通してバランスよく研修が完結できるように調整します。ただし、連携施設によっては他のプログラムとの按分により指導できる専攻医数の制限が生じる時期などもあるため、個別の相談になります。前述のごとく、臨床に従事しつつ研究を進めるのであれば大学院に進むことも可能です。

ローテーションコースの例



7）各施設の週間スケジュール

基幹施設：聖マリアンナ医科大学病院

		月	火	水	木	金	土
8:30	ミーティング	COVID-19 以降中止、今後検討中					
9:00~12:00	新規依頼患者診察						1,3 週
	一般外来						
	装具外来						
	ボトックス外来						
	評価外来						1,3 週
13:00~15:00	リハビリ患者診察						休み
	rTMS						
16:30	各科カンファレンス	COVID-19 以降中止、今後検討中					
17:30	研究発表会	1 週					
	抄読会・症例検討会		2,4 週				
	リハ運営会議	3 週					

連携施設：東京慈恵会医科大学附属病院

		月	火	水	木	金	土
8:30	ICU ミーティング						
	SCU カンファレンス						
9:00~12:00	リハ患者診察						
13:00~15:00	装具外来						
	高次脳機能外来						
	ボトックス外来						
	リハ患者診察						
16:30~17:00	リハ科カンファレンス						
	脳外科カンファレンス			1,3 週			
	神経内科カンファレンス						
	がんリハカンファレンス						
18:30	抄読会・症例検討会			2 週			

連携施設：東京慈恵会医科大学附属第三病院

		月	火	水	木	金	土
9:00~12:00	リハ患者診察						
	病棟回診						
13:00~15:00	装具外来						
	高次脳機能外来						
	ボトックス外来						
	リハ患者診察						
16:00~17:00	リハ科カンファレンス						
	脳外科カンファレンス						
	神経内科カンファレンス						
	整形外科カンファレンス						
	リハ患者診察						

連携施設：総生会麻生リハビリ総合病院

		月	火	水	木	金	土
8:30	入院検討会						
9:00～10:00	病棟回診						
10:00~12:00	入院患者診察	入院時のみ					
	一般外来						
	ボトックス外来						
	装具外来						
13:00~17:00	カンファレンス						
	家族面談・IC						
	装具外来						
	嚥下造影検査・その他検査						
16:00～17:00	リハ運営会議	第４週					
17:30～	症例・装具検討会	適宜					

関連施設：慈生会野村病院

		月	火	水	木	金	土
9:00~12:00	リハ前診察						
	病棟診察						
	装具外来						
	ボトックス外来						
13:30	病棟カンファレンス						
14:00～16:00	病棟診察						
16:30	症例カンファレンス						
	入院審査会						
16:00～17:00	リハカンファレンス						
17:30～	勉強会	適宜					

3 専攻医の到達目標

専攻医は専門知識、専門技能、学問的姿勢、医師に必要な基本的診察能力(コアコンピテンシー)について必要なレベルに到達することが求められます。詳細は研修カリキュラムをご参照下さい。

1) 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) 機能解剖・生理学、運動学：リハビリテーション医学・医療に関係する基本的な知識

(3) 障害学：臓器の機能障害、運動や日常生活活動の障害、ICF などの障害分類に関する知識運動に伴う基本的な知識

(4) 医事法制・社会制度：リハビリテーション医学・医療に関係する基本的な法律・制度などの知識

2) 専門技能

(1) 診断学：必要な各種画像検査・電気生理学的検査・病理診断・超音波検査など
運動や高次脳機能だけでなく、嚥下、心肺機能、排泄の評価といった関連領域も

(2) 治療：全身状態の管理、障害評価に基づく治療計画が立てられる
各種リハビリテーション治療（理学療法・作業療法など）に加え、義肢装具の処方・ブロック療法・薬物治療・生活指導などを含む

専門技能は、脳血管障害・運動器疾患・脊髄損傷・神経筋疾患・切断・小児疾患・リウマチ性疾患・内部障害・その他の各研修分野についてそれぞれの到達レベルを達成する必要がある

3) 学問的姿勢

(1) 科学的思考・論理的思考に基づく治療を実践するため、専門書を調べ、EBM・ガイドラインに則した治療ができる

(2) 症例・手技に関して、インターネットや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

(3) 研究を立案し学会で発表する

(4) 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などの姿勢をもつ

注）リハビリテーション科専門医試験の受験要件として、日本リハビリテーション医学会における主演者の学会抄録 2 篇が必要(2 篇のうち 1 篇は、日本リハビリテーション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)

4) コアコンピテンシー

医師に求められるコアコンピテンシーには、以下のような倫理性・社会性が含まれます

(1) 患者・家族や医療関係者とのコミュニケーション能力
特にリハビリテーション医療では障害受容などの心理的配慮、退院後の介護力・経済力などのプライバシーへの配慮が必要です

(2) 診療記録の適切な記録
リハビリテーション実施計画書等、保険診療に係る書類や必須記録が多く、充分注意する必要があります

(3) チーム医療としての関連職種との協調性およびリーダーシップ
リハビリテーション医療は患者を中心とするチーム医療です。専攻医の評価には他専門職も関わります

(4) 高い自己規制と行動規範を備えた行動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、患者やその家族から信頼されるに足る知識と技術および態度を身につけます

(5) 後輩の教育・指導
自らの知識・技術や態度が後輩の規範となり、また形成的指導が実践できるように、医学生や初期臨床研修医、後輩専攻医および他のリハビリテーションスタッフの教育や指導に指導医と共にあたります

4 専攻医の経験目標

1) 経験すべき疾患・病態

以下の 75 例を含む 100 例の経験が必要となります。

(1) 脳血管障害・頭部外傷など：15 例（うち脳血管障害 13 例、頭部外傷 2 例)

(2) 運動器疾患・外傷：19 例（うち肩関節・肘関節・手の疾患それぞれ 1 例を含む 3 例以上、股関節・膝関節・足の疾患それぞれ 1 例を含む 3 例以上、脊椎疾患・腰痛それぞれ 1 例を含む 3 例以上、骨折 2 例以上、靭帯損傷・捻挫 1 例以上、末梢神経障害（絞扼性神経障害）1 例以上、脊柱変形 1 例以上）

(3) 外傷性脊髄損傷：3 例（但し、脊髄梗塞、脊髄出血、脊髄腫瘍、転移性脊椎腫瘍等、外傷性脊髄損傷と同様の症状を示す疾患を含めてよい）

(4) 神経筋疾患：10 例（うちパーキンソン病 2 例以上、ただし多系統萎縮症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症などを含めてもよい）

(5) 切断：3 例

(6) 小児疾患：5 例（うち脳性麻痺 2 例以上）

(7) リウマチ性疾患：2 例（うち関節リウマチ 1 例以上）

(8) 内部障害：10 例（うち循環器疾患(末梢血管障害 1 例を含む)3 例以上、呼吸器疾患 2 例以上、

腎・内分泌代謝疾患 2 例以上）

(9) その他：8 例（うち摂食嚥下障害 1 例以上、不動(廃用)による合併症 1 例以上、がん 1 例以上、骨粗鬆症 1 例以上、疼痛 1 例以上）

専門医試験受験の申請に際しては、上記領域(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わった症例）が求められ、必須症例数が 5 症例以下の(3)・(5)・(6)・(7)については 1 症例以上、残りの 5 カテゴリーは 3 症例以上を含める必要があります。また 100 例の経験症例リストも必要です(症例報告の 30 症例との重複可)。 なお、30 症例の報告のうち 1 症例に、Significant Event Analysis として専攻医の情緒面などに焦点を当てた症例報告を入れる必要があります。通常の研修ローテーションであれば充分な症例数を経験できますが、特に症例報告については計画的に記録を残しておきましょう。

注)なお、初期臨床研修期間に経験した症例を含めることはできません

2) 経験すべき診察・検査・処置等

リハビリテーション医療に関係が深い分野ごとに 2 例以上経験することが必要です。（詳細は研修カリキュラム参照）

3) 地域医療の経験

専門研修基幹施設、または専門研修連携施設在籍中に、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、生活期における医療・福祉分野にまたがる地域医療・地域連携を経験します。また、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医療の支援について経験します。これらの実習は、のべ 2 週間(平日勤務)以上とし、連続した勤務とは限りません(例えば月に 2 回を 5 ヶ月以上などでも可)。

4) 学術活動の経験

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します。指導医の指導のもと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・地方会学術集会での発表を２回以上(２回のうち少なくとも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)行い、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参加も積極的に行います。また、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についても、学術活動に触れる良い機会となるため努力します。

5) ローテーションモデルにおける経験シミュレーション

具体的にどの程度の経験が得られるか、以下のローテーションモデルで説明します。

SR1：聖マリアンナ医科大学病院

SR2：総生会麻生リハビリ総合病院

SR3：東京慈恵会医科大学附属第三病院

SR1：聖マリアンナ医科大学病院			
診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数	
指導医数　2名 病床数　1123床 入院患者コンサルト数　80症例/週 特殊外来 　装具　1~2症例/週 　ボトックス　5症例/週 　高次脳機能評価　2症例/週	入院コンサルト　30例/週	(1)脳血管障害など	100例
		(2)運動器疾患など	150例
		(3)脊髄損傷など	20例
		(4)神経筋疾患など	30例
		(5)切断など	5例
		(6)小児疾患など	30例
		(7)リウマチ性疾患など	30例
		(8)内部疾患など	80例
三次救急を含む急性期診療、特に脳リハビリテーション、心臓リハビリテーション、呼吸リハビリテーション、腎リハビリテーションに力をいれている。ジェネラリストとしての全身状態の評価および適切なリハビリテーション治療を学ぶ。 反復性経頭蓋磁気刺激(rTMS)による急性期からの脳卒中治療的介入、ECMO等使用時からの呼吸リハビリテーション等、障害が後遺してからの治療というよりも障害の発生自体を抑える姿勢を学ぶ。	【コアコンピテンシー】 指導医の助言・指導のもと、別記の事項が実践できる 【基本的知識・技能】 指導医の助言・指導のもと、研修カリキュラムAに分類される評価・検査・治療の概略を理解し、一部を実践できる	(9)その他	100例
		電気生理学的診断	3例
		言語機能の評価	30例
		認知症・高次脳機能の評価	70例
		摂食・嚥下の評価	100例
		排尿の評価	0例
		理学療法	600例
		作業療法	200例
		言語聴覚療法	150例
		義肢	3例
		装具・杖・車いすなど	20例
		訓練・福祉機器	10例
		摂食嚥下訓練	30例
		ブロック療法	80例

SR2：総生会麻生リハビリ総合病院			
診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数	
指導医数　2名 病床数　180床 回復期病棟入院患者数　900症例/年 特殊外来 　装具　4症例/週 　ボトックス　4症例/週	受け持ち新規入院患者　2例/週	(1)脳血管障害など	50例
		(2)運動器疾患など	50例
		(3)脊髄損傷など	5例
		(4)神経筋疾患など	5例
		(5)切断など	2例
		(6)小児疾患など	0例
		(7)リウマチ性疾患など	5例
		(8)内部疾患など	5例
医療圏を代表する回復期病棟を有する。リハビリテーション科専門医を2名有し、リハビリテーション治療の本丸である回復期における症状変化に応じた適切な治療、ゴール設定などについて学ぶ。 TOYOTAのWelwalkなどのロボットリハビリテーション、IVESやDRIVEといった特殊な電気刺激による麻痺治療など、最先端の回復期リハビリテーションが経験できる。	【コアコンピテンシー】 指導医の助言・指導のもと、別記の事項が効率的かつ思慮深く実践できる 【基本的知識・技能】 指導医の助言・指導のもと、研修カリキュラムAに分類される評価・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理解し実践できる	(9)その他	10例
		電気生理学的診断	5例
		言語機能の評価	60例
		認知症・高次脳機能の評価	90例
		摂食・嚥下の評価	90例
		排尿の評価	3例
		理学療法	100例
		作業療法	80例
		言語聴覚療法	50例
		義肢	2例
		装具・杖・車いすなど	30例
		訓練・福祉機器	10例
		摂食嚥下訓練	20例
		ブロック療法	20例

SR3：東京慈恵会医科大学附属第三病院			
診療内容の概要	専攻医の研修内容	経験予定症例数	
指導医数　2名 病床数　534床 入院患者数　150症例/年 特殊外来 　高次脳機能障害　20症例/週 　嚥下障害　5症例/週	受け持ち新規入院患者　2例/週 入院コンサルト　10例/週 高次脳機能障害外来　5例/週 嚥下障害外来　3例/週	(1)脳血管障害など	120例
		(2)運動器疾患など	100例
		(3)脊髄損傷など	10例
		(4)神経筋疾患など	80例
		(5)切断など	4例
		(6)小児疾患など	20例
		(7)リウマチ性疾患など	30例
		(8)内部疾患など	30例
回復期に相当するが一般病床カテゴリーの特殊な専有病棟を有するため、特殊な疾患や病態の回復期症例も経験できる。特に高次脳機能障害については急性期から維持期まで長期経過について学ぶことができる。 自動車教習所と連携したドライブシミュレーターを用いた運転可否判断プログラム、復性経頭蓋磁気刺激(rTMS)や反復末梢磁気刺激(rPMS)による麻痺や痙縮の治療的介入を経験できる。	【コアコンピテンシー】 指導医の監視なしでも、別記の事項が迅速かつ状況に応じて実践できる 【基本的知識・技能】 指導医の監視なしでも、研修カリキュラムAに分類される評価・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について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	(9)その他	50例
		電気生理学的診断	6例
		言語機能の評価	120例
		認知症・高次脳機能の評価	100例
		摂食・嚥下の評価	30例
		排尿の評価	6例
		理学療法	300例
		作業療法	200例
		言語聴覚療法	60例
		義肢	2例
		装具・杖・車いすなど	60例
		訓練・福祉機器	10例
		摂食嚥下訓練	60例
		ブロック療法	60例

5 専門研修評価・修了判定

1) 専門研修評価について

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ります。専門研修期間中は、毎年基本的診療能力（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。これにより、リハビリテーション診療の基本から応用へ段階的に学習を続けることが可能となり、研修修了時には自立しいかなる問題にも対処できるリハビリテーション科専門医が育成されます。

- ◆ 指導医は、日々の臨床の中で専攻医を指導する
- ◆ 専攻医は疾患別および手技別の経験症例数の記録と研修目標達成度の自己評価を行う
- ◆ 指導医は専攻医の研修目標達成度の評価を行う
- ◆ 医師としての態度の評価には、自己評価に加え指導医評価、施設指導責任者評価、リハビリテーション関連各職種からの評価が含まれる
- ◆ 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および自己評価報告書を作成し、指導医はそれに評価と講評を行う
- ◆ 専攻医は、上記書類を 9 月末と 3 月末に聖マリアンナ医科大学専門研修プログラム管理委員会に提出する
- ◆ 指導医は「専攻医研修実績記録フォーマット」を印刷し、署名・捺印したものを専門研修プログラム管理委員会に送付し、「実地経験目録様式」を 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(自己評価と指導医評価および講評の記載が必要、「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および指導医コメント欄は 6 ヵ月ごとに上書)
- ◆ 3 年間の総合的な修了判定は統括プログラム責任者が行い、この修了判定を得てから専門医試験の申請を行うことができる

2) 専門研修修了判定について

3 年間の研修期間における年次ごとの評価表および 3 年間のプログラム達成状況に基づき、以下の点について専門研修プログラムが修了する 3 月末に聖マリアンナ医科大学専門研修プログラム委員会が評価・検討し、統括プログラム責任者が修了判定します。

- ◆ 知識・技能・態度が専門医としてふさわしいか
- ◆ 経験症例数が日本専門医機構リハビリテーション科領域研修委員会の要求を満たすか
- ◆ 研修出席日数が足りているか

3) 専攻医が行うこと

専攻医は、日々の研修で経験した症例や手技を記録し、6 か月ごとに「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および自己評価報告書を作成し、指導医に提出します。指導医はそれに対して評価と講評を行い、聖マリアンナ医科大学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は各専攻医の専門研修プログラムの進捗状況を 6 か月ごとに評価し、必要に応じてプログラムの修正やローテーションの変更を行います。また専攻医は、3 年間の専門研修プログラムを修了する予定の次の 3 月までに、「専門研修プログラム修了判定申請書」を専門研修プログラム管理委員会に送付し、専門研修プログラム修了の判定を受けます。研修修了が承認されれば専門研修プログラム管理委員会より「研修証明書」が送付されますので、それを他の必要書類と一緒に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提出し、専門医認定試験の受験申請を行います。

6 その他

1) リハビリテーション科専門研修プログラムの共通マニュアル等

リハビリテーション科領域の専門研修プログラムの実施にあたっては、各プログラムで共通に使用できるマニュアルと研修実績記録フォーマットがあります。これらを日本リハビリテーション医学会ホームページからダウンロードして使用します。

1. 専攻医研修マニュアル：専攻医の心得や研修方法などが記載されたマニュアル
2. 専門研修指導医マニュアル：指導すべき内容などについて記載されたマニュアル
3. 専攻医研修実績記録フォーマット：専攻医が日々の研修で行った内容を記載し、指導医から形成的評価のフィードバックを受けるための記録フォーマット

   一定の経験を積むごとに専攻医自身で達成度評価を記録する。この達成度評価から少なくとも 1 年に 1 回は基本的診療能力、総論(知識・技能)、各論の形成的自己評価を行う。その上で各年度末に総括的評価が行われる。

4. 専門研修指導医による指導とフィードバックの記録：

   専攻医自身は自分の達成度評価を行い、指導医も専攻医の形成的評価を行い記録する。少なくとも年に 1 回は、基本的診療能力、総論(知識、技能)、各論(専門 9 分野)の形成的評価を行う。評価者が「 1 ：さらに努力を要する」と判定した項目については、改善のためのフィードバックを必ず行い、その過程を記録して翌年度の研修に役立たせる。

2) 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

1. 出産・育児・疾病・介護・留学等により、研修プログラムの休止や中断が余儀なくされる場合には、中断期間を除いた通算 3 年間で研修カリキュラムの達成レベルに到達できるように、柔軟な研修プログラムの対応を行う。ただし、中断が全研修期間３年間のうちの６ヵ月を超える場合には研修期間の延長が必要となる。
2. 短時間雇用形態でも、通算 3 年間で達成レベルに到達できるように柔軟な研修プログラムの対応を行う。
3. 住所変更等により選択研修プログラム継続が困難となった場合には、転居先で選択可能な他研修プログラムの統括責任者と協議し、対応を検討する。ただしこの場合には、日本専門医機構内のリハビリテーション科研修委員会における審議が必要になる。
4. 国内留学等により他の専門研修プログラム研修施設で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ない。特別な場合とは、特定の研修分野を受けもつ連携施設の専門研修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プログラムの研修施設群にない場合、あるいは統括責任者が特別に認める場合である。
5. 留学、臨床業務のない大学院期間は研修期間として認められないが、社会人大学院や臨床医学研究系大学院に在籍し、臨床に従事しつつ研究を行う期間については、そのまま研修期間に含めることができる。

3) 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、小児科、整形外科の４学会の専門医に対して承認する予定で、日本リハビリテーション医学会専門医制度委員会が調整しています。これによりリハビリテーション科専攻医としての研修期間をプログラム制の 3 年から 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、各基本領域と調整予定です。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に該当する施設にて６ヵ月以上勤務した経験がある場合には、その期間をリハ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ヵ月に充てることで、基幹施設以外の連携施設での勤務だけで研修を修了することができます。個別に対応および調整をします。

4）サブスペシャリティー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しての研修期間以後に、サブスペシャリティー領域の専門医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のサブスペシャリティー領域である小児神経専門医、感染症専門医などとの連続性を持たせるため、経験症例等の取り扱いについて現在検討中です。

5）専門研修プログラムの改善方法について

聖マリアンナ医科大学専門研修プログラムでは、次の方法により研修プログラムの改善を行います。

◆　専攻医による研修プログラムおよび研修指導医の評価

研修施設が変わり、研修指導医が変更となる時期に質問紙により指導医の評価を行います。この結果は専門研修プログラム管理委員会に送られ審議され、指導医にフィードバックされます。また年次ごとに質問紙により研修プログラムの評価が行われます。この結果は専門研修プログラム管理委員会に送られ審議され、必要なプログラム改訂を速やかに行います。さらに専門研修施設について改善が必要と判断された場合には、施設の実地調査と指導を行います。評価結果と改善点については記録を残し、毎年年度末までに日本専門医機構リハビリテーション領域研修委員会に報告します。

◆　研修に対する監査(サイトビジット等)

専門研修プログラムに対して、日本専門医機構・日本リハビリテーション医学会から訪問調査が行われ、研修指導体制や研修内容ついて評価が行われます。その評価に基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善が行われます。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結果と改良点について、日本専門医機構のリハビリテーション科研修委員会に報告されます。