

リハビリテーション科専門研修プログラム整備基準

項目
番号

1 理念と使命

① 領域専門制度の理念

1

リハビリテーション科専門医は「病気、外傷や加齢などによって生じる障害の予防、診断、治療を行い、機能の回復並びに活動性の向上や社会参加に向けてのリハビリテーション医療を担う医師」である。リハビリテーション医療は、医師、医療スタッフ、関連職種がチームを組み、患者さんを中心とし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る。そのため、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医療を主導しなければならない。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や技能を有し、専門医として患者さんから頼られる資質・行動力を有する医師を育成、教育し、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制度である。

② 領域専門医の使命

2

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知識・経験を持ち、リハビリテーション医療のチームリーダーとして良質なリハビリテーション医療を国民に提供することを使命とする。さらに、リハビリテーション医学を進歩・普及させるべく研究ならびに教育にも尽力する必要がある。

研修カリキュラム

2 専門研修の目標

① 専門研修後の成果(Outcome)

3

病気、外傷や加齢などによって生じる障害の予防、診断、治療を行い、機能の回復並びに活動性の向上や社会参加に向けてのリハビリテーション医療を担うリハビリテーション科専門医として、障害に対する幅広い医学知識・専門的治療技能、他の専門領域と適切に連携できるチームリーダーとしての資質を習得する。

② 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

i 専門知識

4

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
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
(詳細はリハビリテーション科専門研修カリキュラム〔以下研修カリキュラム〕参照)

ii 専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など)

5

1) 診断学: リハビリテーション診断を行う上で必要な、各種画像検査・電気生理学的検査・病理診断・超音波検査などを、評価・施行できる。運動障害や高次脳機能障害だけでなく、嚥下障害、心肺機能障害、排泄障害の評価といった、関連領域も評価できる。
2) 治療: 全身状態の管理ができる。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・生活指導などができる。
* リハビリテーション診断・治療においては、次の研修分野のすべての到達レベルを達成しなければならない。
(1) 脳血管障害・頭部外傷など (2) 運動器疾患・外傷 (3) 外傷性脊髄損傷
(4) 神経筋疾患 (5) 切断 (6) 小児疾患 (7) リウマチ性疾患 (8) 内部障害
(9) その他
(詳細は研修カリキュラム参照)

iii 学問的姿勢

6

1) 科学的思考・論理的思考に基づく治療を実践するため、専門書を調べたり、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。
(詳細は研修カリキュラム参照)

iv 医師としての倫理性、社会性など

7

1) 患者家族とのコミュニケーション能力をもつ。
2) チーム医療としての関連職種との協調性をもち、リーダーシップを発揮する。
3) 地域におけるリハビリテーション医療の組織に参加・協力ができる。
4) 専門職として高い自己規制・行動規範を備え行動できる。
(詳細はカリキュラム参照)

③ 経験目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等)

i 経験すべき疾患・病態

8

(1) 脳血管障害・頭部外傷など: 15例、(2) 運動器疾患・外傷: 19例、(3) 外傷性脊髄損傷: 3例、(4) 神経筋疾患: 10例、(5) 切断: 3例、(6) 小児疾患: 5例、(7) リウマチ性疾患: 2例、(8) 内部障害: 10例、(9) その他: 8例、以上の75例を含む100例以上を経験する必要がある。
(詳細は研修カリキュラム参照)
専門医試験受験の申請に際しては、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)が必要であり、必須症例数が5症例以下の(3) 外傷性脊髄損傷、(5) 切断、(6) 小児疾患、(7) リウマチ性疾患、については1症例以上、(9) その他を含めて残りの5カテゴリーは3症例以上、を含めることとする。また、100例の経験症例リストが必要である(症例報告の30症例と重なってもよい)。
また、30症例の報告の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1つ入れることとする。
なお、初期臨床研修期間に経験した症例を、専門医研修で経験すべき症例数に含めることができない。

ii 経験すべき診察・検査等

9

リハビリテーション医療に関係が深い分野毎に2例以上経験する必要がある。
(詳細は研修カリキュラム参照)。

iii 経験すべき手術・処置等

10

リハビリテーション医療に関係が深い分野毎に2例以上経験する必要がある。
(詳細は研修カリキュラム参照)。

iv 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)

11

専門研修基幹施設、または専門研修連携施設に在籍中に、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・地域連携を経験する。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する。これらの実習は、のべ2週間(平日勤務)以上とし、連続した勤務とは限らず例えば月に2回を5ヶ月以上などでもよい。

v 学術活動

12

日本リハビリテーション医学会が主催する、年次学術集会や秋季学術集会、地方会、各種研修会に積極的に参加する。指導医の指導のもと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回以上行い(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)、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う。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は、学術活動に触れる良い機会となるので努力する。

3 専門研修の方法

① 臨床現場での学習

13

臨床現場での学習においては、指導医からの指導にとどまらず、リハビリテーションスタッフとのカンファレンス、専門診療科とのカンファレンスを通して病態と診断過程を深く理解し、ゴール・期間の設定、リハビリテーション処方、医療福祉制度を活用した退院支援などのアプローチを学ぶ。抄読会や勉強会を実施し、インターネットによる情報検索の指導を行う。小児外来・補装具外来・摂食嚥下外来・痙縮外来などの専門外来での指導医からの指導を通じて、高度な技能を修得する。

② 臨床現場を離れた学習(各専門医制度において学ぶべき事項)

14

日本リハビリテーション医学会の学術集会や日本リハビリテーション医学会が認めた各種研修セミナーなどで、①国内外の標準的治療および先進的・研究的治療を学習する機会、②医療安全、感染管理、医療倫理などを学ぶ機会、③指導・教育、評価法などを学ぶ機会、を作る。

③ 自己学習(学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示)

15

専門研修期間内に研修カリキュラムに記載されている疾患、病態を全て経験することは出来ない場合、e-learning等を履修することで、不足している経験を補い、またより深い学習を行う。

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

16

I 専門研修1年目

- ・ 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
- ・ リハビリテーション科基本的知識・技能
指導医の助言・指導のもと、別途カリキュラムでAに分類されている評価・検査・治療の概略を理解し、一部を実践できる

II 専門研修2年目

- ・ 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
- ・ リハビリテーション科基本的知識・技能
指導医の監視のもと、別途カリキュラムでAに分類されている評価・検査・治療の大部分を実践でき、Bに分類されているものの一部について適切に判断し専門診療科と連携できる

III 専門研修3年目

- ・ 基本的診療能力(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た対応でできる
- ・ リハビリテーション科基本的知識・技能
指導医の監視なしでも、別途カリキュラムでAに分類されている評価・検査・治療について中心的な役割を果たし、Bに分類されているものを適切に判断し専門診療科と連携でき、Cに分類されているものの概略を理解し経験している

【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

4 専門研修の評価

① 形成的評価

1) フィードバックの方法とシステム

17

当該専門研修施設の指導医が形成的評価を適宜行う。半年に1回以上フィードバックを行い、修得内容に関して研修手帳に、修得した期日・評価・内容を記載、指導医はサインを行う。
研修施設毎の評価によるチェックは、研修施設における開始時・6か月毎、ならびに終了時におこなう。指導医と専攻医が相互に研修目標の達成度を評価し、修得内容に関して研修手帳に、相互に評価した期日・評価内容を記載、指導医はサインを行う。達成できなかった場合は達成できるように補習的研修を行う。開始時の評価は専攻医における自己評価のみで構わない。

2) (指導医層の)フィードバック法の学習(FD)

18

日本リハビリテーション医学会が開催する指導医講習会にて、専攻医の指導に対するフィードバック法についての講義を行う。指導医としての教育スキルと高め、評価の仕方を統一し、カリキュラムの作り方の手ほどきを行うのを目的とし、指導医の資格継続において、指導医講習会の参加を必須とする。

② 総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

19

最終的には専攻研修3年目の3月に、研修手帳の研修目標達成度評価と経験症例数報告などで総合的に評価し、専門的知識・技能・態度について判定する。また、1・2年目の3月にも評価を行い、リハビリテーション科専門医としての適性を評価し、形成的評価とともに記録を残し、フィードバックを行う。総括的評価は、専門医プログラムの修了認定での評価であって、専門医認定試験で代用することはできない。

2) 評価の責任者

20

総括的評価の責任者は、プログラム統括責任者である。1・2年目の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・専門研修指導医・多職種の評価の情報をプログラム連携委員会で総括し、指導医の進言に基づき、プログラム統括責任者が評価を行う。

3) 修了判定のプロセス

21

最終の専門研修修了の判定は、プログラム統括責任者・連携施設担当者等で構成される専門研修プログラム管理委員会にて、研修終了時に、研修出席日数・プログラムの達成状況などから、行われる。修了判定に至らなかった専攻医に関しては、追加研修を行う。

4) 多職種評価

22

リハビリテーション科は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・ケースワーカーなど多職種連携を重視する診療科である。このため、多職種とのコミュニケーションだけでなく連携が取れているか、リハビリテーション科医としてチームのリーダーシップを取れるかなどの評価に、多角的な視点を持った評価が必須である。リハビリテーション医療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び、専攻医の評価をしてもらう。リハビリテーション科内のカンファレンス、病院内の関連診療科とのカンファレンス等において、医療スタッフならびに連携診療科の医師も専攻医の形成的評価に参加する。

研修プログラム

5 専門研修施設とプログラムの認定基準

① 専門研修基幹施設の認定基準

23

専門研修基幹施設は以下の認定基準をすべて満たす必要がある。

- ・ 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
- ・ リハビリテーション科を院内外に標榜している
- ・ 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)が常勤である
- ・ 研修内容に関する一般社団法人日本専門医機構または公益社団法人日本リハビリテーション医学会による監査・調査に対応できる

② 専門研修連携施設の認定基準

24

連携施設の認定基準は下記に示すとおりである
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

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。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。

③ 専門研修施設群の構成要件

25

研修基幹施設と研修連携施設の構成要件は下記に示す基準を満たす

・3年の年限でリハビリテーション領域の診療実績が保証できる施設群であること
・医師を養成する大学病院、またはそれと同等の研究・教育環境を提供できると認められる施設が含まれること

・専門研修指導医が基幹施設・連携施設に各1名以上いること

・双方に委員会組織を置き、専攻医に関する情報を6～12ヶ月に一度共有すること

・専攻医のローテーションについては、基幹施設に専攻医についての研修プログラムに関して責任があるので、専攻医の身分保障の観点から、特別な症例を経験するために必要になる等の事情がなければ、原則として、基幹施設での研修は6ヶ月以上とし、連携施設での研修は3ヶ月未満とならないように努める。

・リハビリテーション科の医師は、病床を持つ場合と持たない場合がある。指導医が所属する施設がいずれの状況にあっても専門研修施設となることができるが、専門研修プログラムの全体において、研修期間の中に病棟主治医の期間を原則12ヶ月以上(6ヶ月以上必須)含める必要があり、この中に回復期リハビリテーション病棟を6ヶ月以上含めることを必須とする。連携施設にある回復期リハビリテーション病棟への1施設当たりの勤務期間に上限は設けない。関連施設にある回復期リハビリテーション病棟については、リハビリテーション科専門医または日本リハビリテーション医学会認定臨床医が常勤している場合に限り、1施設当たり3ヶ月を上限として勤務を認める。但し関連施設の回復期リハビリテーション病棟には、基幹施設または連携施設の指導医が非常勤等で定期的に訪問し専攻医の指導に当たる必要がある。

・但し回復期リハビリテーション病棟での研修が困難な場合、地域包括ケア病棟等で主治医としてリハビリテーション診療を行うことで、回復期リハビリテーション病棟での研修に置き換えることができる。この「地域包括ケア病棟等」での研修を認めるか否かは、あらかじめ日本リハビリテーション医学会で審査、承認を受ける必要がある。

・地域・地方での医療体制の変更で、リハビリテーション専門医研修が継続できないなどの事態に対しては、周辺地域での研修プログラムとの相互乗り入れなどの柔軟な体制で組み直し、専攻医の研修が継続できるように配慮すること。

④ 専門研修施設群の地理的範囲

26

専門研修施設群は、都道府県に1群を目安とし組織構成するが、人口が多い場合は複数群となることもある。また近隣の都道府県と協力して専門研修施設群を構成することを認める。小児疾患など十分な研修を行える施設が少ない分野の研修、臨床研究の要素を持った研修にあたっては、他の地域あるいは他の専門研修プログラムの施設を連携施設とすることができる。

⑤ 専攻医受入数についての基準(診療実績、指導医数等による)

27

各専門研修施設においては、同一の時期に1名の指導医が指導できる専攻医の人数を原則として2名以内とする。但しプログラムの運営に支障を生じる場合のみ例外的に1年間に限り3名となることを認める。プログラム全体の1年度あたりの受け入れ人数は、各専門研修施設の指導医数と専門研修施設群構成の内容から適切に判断する。

⑥ 地域医療・地域連携への対応

28

専門研修基幹施設、または、介護保険事業を併設する専門研修連携施設に在籍中に、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・地域連携経験を修得する。リハビリテーション科専門医不在地域も多いため、専門医修得時には即戦力として、地域で働けるように、リハビリテーション専門医の育成に努める。各都道府県に研修プログラム群があることより、プログラム内で都道府県域を包括するように配備して、指導の目が行き届くよう配慮する。

⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法

29

リハビリテーション科指導医の不足している地域では、圏域以外の研修施設を連携施設として、プログラムに加えることも考慮する。指導医の出張には、出張同行などで、学習の機会をつくれるよう考慮する。療育や福祉施設など、基幹施設・連携施設では経験不十分な項目について、関連施設を活用する。関連施設では、指導医の同行を基本とするが、同行できない場合適宜指導医からの指導が受けられるよう連携が取れていること、出張先での多職種からの360°評価が行われることによって質を担保する。

⑧ 研究に関する考え方

30

リハビリテーション科専門研修カリキュラムの内容を達成できることを条件とし、一定期間、大学院に所属するか研究施設に出張して研究を行うことに配慮を行う。社会人大学院や臨床医学研究系大学院に在籍し、臨床に従事しながら研究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。

⑨ 診療実績基準(基幹施設と連携施設) [症例数・疾患・検査/処置・手術など]

31

1) 症例数: 基幹施設と連携施設の合計で、以下に示す疾患群(1)～(8)における1名の専攻医が経験すべき最低患者数に、プログラムで受け入れる年間専攻医数の2倍を掛けた数を満たす必要がある。

* 疾患群(1)～(9)における1名の専攻医が経験すべき最低患者数

(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もよい)

(4) 神経筋疾患: 10例 うちパーキンソン病2例以上(但し、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

2) 診断・評価: 各診断・評価項目について1名の専攻医が経験すべき最低患者数に、プログラムで受け入れる年間専攻医数の2倍を掛けた数を満たす必要がある。年間専攻医数が1名のプログラムでは、リハビリテーション医療に関係が深い分野毎に4例以上を実績としてあげる必要がある。(詳細は研修カリキュラム参照)。

3) 治療: 各治療項目について、1名の専攻医が経験すべき最低患者数に、プログラムで受け入れる年間専攻医数の2倍を掛けた数を満たす必要がある。年間専攻医数が1名のプログラムでは、リハビリテーション医療に関係が深い分野毎に4例以上を実績としてあげる必要がある。(詳細は研修カリキュラムを参照)。

診療実績基準を満たさない施設や法令順守できない施設は、施設認定から外されるため、事前の十分な整備が必要となる。

⑩ Subspecialty領域との連続性について

32

リハビリテーション領域においてSubspecialty領域に関しては検討中である。

⑪ 専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件…

33

出産、育児、病気、介護、留学等にあたっては、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対応を行う。短時間雇用の形態での研修でも通算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対応を行う。また、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リハビリテーション医学会内の専門医制度委員会への相談等が必要となる。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ない。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する。この場合も、日本リハビリテーション医学会内の専門医制度委員会への相談等が必要である。留学、臨床業務のない大学院の期間に関しては研修期間として取り扱うことはできないが、社会人大学院や臨床医学研究系大学院に在籍し、臨床に従事しながら研究を行う期間については、そのまま研修期間に含めることができる。全研修期間(リハビリテーション科では3年)のうち6ヶ月までの休止・中断では、残りの期間で研修要件を満たしていれば研修期間の延長をせずにプログラム終了と認定するが、6ヶ月を超える場合には、研修期間を延長する。

6 専門研修プログラムを支える体制

① 専門研修プログラムの管理運営体制の基準

34

- ・ 専門研修基幹施設に専門研修プログラム管理委員会を置く
- ・ 専門研修プログラム管理委員会は、統括責任者(リハビリテーション科指導医)を委員長とし、連携施設及び関連施設の専門研修責任者(指導医、但し関連施設で指導医が不在の場合は、それに代わる立場のもの)により委員は構成される。
- ・ 専門研修連携施設に、専門研修責任者(指導医)を委員長とする専門研修プログラム連携委員会を置き、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の連携を図る。
- ・ 専門研修関連施設は、施設の規模が小さい場合もあるため委員会組織を置く必要はないが、専門研修責任者(指導医またはそれに代わる立場のもの)が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の連携を図る。
- ・ 基幹施設が複数の基本領域専門研修プログラムを擁している場合は、病院長等を委員長とする基本領域の専門研修を横断的に管理・統括する専門研修管理委員会を設置する。

② 基幹施設の役割

35

基幹施設は、研修を統括する役割を担い、基幹施設に設置する専門研修プログラム管理委員会を年に2回、年度の初めと終わりに開催する。それにより、プログラムに沿った実地研修遂行だけでなく、研修プログラムの作成・修正など全体のプログラム管理を行う。連携施設・関連施設に対して、専攻医の受け入れ状況把握を行い、各専攻医プログラムの進行が適切かを評価する。専門研修プログラム管理委員会は、最終的な修了判定などだけでなく、連携病院先で十分な効果を得られない専攻医への対応、病休・妊娠出産等プログラム期間に修正が必要になった際などの検討も行う。

③ 専門研修指導医の基準

36

専門研修指導医の要件

- ・ 専門医取得後、3年以上のリハビリテーション医学・医療に関する診療・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医学・医療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。

④ プログラム管理委員会の役割と権限

37

- ・ 研修プログラムの作成・修正を行う。
- ・ 施設内での研修だけでなく、関連施設への出張、臨床現場を離れた学習として日本リハビリテーション医学会の学術集会や各種研修セミナーの紹介幹旋、自己学習の機会の提供を行う。
- ・ 継続的、定期的に専攻医の研修状況を把握するシステムを設ける。年度末に開催される専門研修プログラム管理委員会にて、連携施設・関連施設担当者より、プログラム統括責任者へ状況報告を行う。
- ・ 指導医は専攻医の評価を行うとともに、指導医は専攻医からも評価を受ける。指導医の評価が適切か、指導医や施設ごとで評価の軽重に差がないかを、専門研修プログラム管理委員会で検討・管理する。
- ・ 研修プログラムの修了判定を行い、修了証を発行する。
- ・ リハビリテーション科研修委員会との対応窓口となる。

⑤ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限

38

プログラム統括責任者の要件

- ・ 専門医の資格を持ち、リハビリテーション医学・医療またはそれと関係性の深い領域で10年以上の診療経験を有する、専門研修指導医であること。
- ・ 所属する施設で、リハビリテーション科の科長の立場にあること。
- ・ 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5年間に1回以上受講していること。
- ・ プログラムの運営に関する講習等を修了していること。
- ・ メンタルヘルス、メンター等に関する学習経験を有すること。

プログラム統括責任者の役割と権限

プログラム統括責任者は、専門研修プログラム管理委員会を主宰し、プログラム全体について責任を持つ。専門研修プログラム管理委員会の委員を任命する権限を持つ。

1プログラム統括責任者あたりの最大専攻医数はプログラム全体で20名とする。それ以上になれば副プログラム統括責任者を置くことが必要となる。

⑥ 連携施設での委員会組織

39

連携施設・関連施設に、専門研修プログラム連携委員会を置く。

専門研修プログラム連携委員会は、連携施設の指導医の長(但し関連施設で指導医が不在の場合は、それに代わる立場のもの)を中心にして組織される。

専門研修プログラム連携委員会では、専攻医の受け入れ・評価等を審議する。

専門研修プログラム連携委員会は、基幹施設に設置する専門研修プログラム管理委員会に、専攻医の研修経過や研修環境などを報告する。

⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件

40

専門研修プログラム管理委員会が専攻医の待遇について検討し、それに準拠して、各専門研修施設は下記の待遇を明示するのが望ましい。また、女性医師に対する勤務形態の配慮があることが望ましい。研修の責務については、研修施設の管理者とプログラム統括責任者が負うことである旨の記載が必要となる。

給与: 常勤/非常勤, 賞与, 各種手当

勤務形態: 勤務時間の他, 残業時間の上限(原則として週に80時間を超えない等), 当直の有無(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とともに記載)

休暇: 年次有給休暇, 夏期休暇など休養についての配慮

社会保険: 健康保険, 厚生年金, 雇用保険等

健康診断などの専攻医の心身の健康維持への配慮

学会・研究会出張への配慮などのバックアップ体制

7 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

41

評価の記録は研修実績(経験した症例・手技・処置・カンファレンス・研究など)とともに、各研修施設で受け持つ研修プログラムの記録として、専攻医と研修施設の双方が保管する。また、リハビリテーション処方、実施計画書類、退院サマリー等の文書は、必要に応じて専攻医ごとに関覧できるように研修施設で保管する。

② 医師としての適性の評価

42

医師としての適性の評価として、基本的な道徳的事項(時間を守る・ルールを守るなど)や、臨床業務上の問題点(コミュニケーション能力など)の評価について、指導医に加え、他の医師、看護師、リハビリテーションスタッフなどリハビリテーションチームの各スタッフにより評価を行い、記録し、総合的に判断する過程を、プログラムの中で、いつ、誰から、どのような方法で行うかをプログラムに明示する。専攻医へのフィードバック、適性に関する最終判断はプログラム統括責任者、専門研修プログラム管理委員会である。

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

43

専門研修プログラムの根幹となるマニュアルとして基幹研修施設に以下のものを備えておく必要がある。フォーマットは統一する。

◎専攻医研修マニュアル

44

下記の事項を含むマニュアルを整備する。

- ・ 理念と使命
- ・ 獲得すべき目標について
- ・ 専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度についての明示
- ・ 経験すべき症例、手術、検査等の種類と数について
- ・ 自己評価と他者評価による、年次ごとの評価
- ・ 専門研修プログラムの修了要件
- ・ 専門医申請に必要な書類と提出方法
- ・ その他

◎指導者マニュアル

45

下記の事項を含むマニュアルを整備する。

- ・ 理念と使命
- ・ 獲得すべき目標について
- ・ 専門研修指導者の要件
- ・ 専門研修指導者として必要な教育法
- ・ 専攻医に対する評価法
- ・ その他

◎専攻医研修実績記録フォーマット

46

下記の事項を含むフォーマットを整備する。

- ・ 経験した症例、手技、検査の日付・症例の年齢性別・指導者サイン・自己評価と他者評価(実績の達成度をフィードバック)
- ・ 経験したカンファレンスの日付・内容
- ・ 経験した抄読会参加・発表日付・内容、学会・研究会への参加・発表の日付・内容
- ・ 関連施設への出張記録(日付・内容)

◎指導医による指導とフィードバックの記録

47

下記の事項を含む指導記録を整備する。

- ・ 専攻医に対する指導をした日付・内容(「目標の達成度を記録」「目標の達成度をフィードバック」)
- 指導は6か月に1回以上行われ、記録が必要である

◎指導者研修計画(FD)の実施記録

48

下記の事項を含む指導者研修計画記録の実施記録を整備する。

- ・ 指導者の研修に参加した、指導医名・日付・開催場所・内容
- ・ 指導医研修会を開催した、日付・内容(カリキュラムプランニング、コーチング、フィードバック技法、振り返りの促しなど)・研修会講演者・研修会参加指導医

8 専門研修プログラムの評価と改善

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

49

専攻医が、「指導医に対する評価」と「プログラムに対する評価」を行う。「指導医に対する評価」は、研修施設が変わり、指導医が変更になる時期に質問紙にて行い、アンケートの確認は専門研修プログラム連携委員会で確認されたのち、専門研修プログラム管理委員会に送られ審議される。記録は当該連携施設並びに基幹施設で管理される。指導医へのフィードバックは専門研修プログラム管理委員会を通じて行われる。「プログラムに対する評価」は、年次ごとに質問紙にて行い、アンケートの確認は専門研修プログラム連携委員会で確認されたのち、専門研修プログラム管理委員会に送られ審議される。記録は当該連携施設並びに基幹施設で管理される。プログラム改訂のためのフィードバック作業は、専門研修プログラム管理委員会にて速やかに行われる。専攻医が評価を行うことにより、フィードバックした個人が特定できないようにして、専攻医が不利益を受けないよう、配慮する。また問題のある専門研修指導医などアンケートでは対応しきれない問題は、個別に専攻医から研修プログラム管理委員を通じて、専門研修プログラム管理委員会で審議、対応する。

② 専攻医等からの評価(フィードバック)をシステム改善につなげるプロセス

50

専攻医等からの評価・提案は、随時受け付けるが、研修施設が変わり、指導医が変更になる時期に質問紙にて評価を行い、アンケートの確認は専門研修プログラム連携委員会で確認されたのち、専門研修プログラム管理委員会に送られ審議される。システム改善のためのフィードバック作業は、専門研修プログラム管理委員会にて速やかに行われる。問題が大きい場合や専攻医の安全を守る場合などに、リハビリテーション科研修委員会のへ相談を行い解決策を模索する。

③ 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

51

プログラムに対する外部からの監査・調査に対して、基幹研修施設、連携施設、連携施設は真摯に対応する必要がある。サイトビジット(同僚評価)のによりプログラムの外的評価が行われ、プログラムがシステム改善につながる事となる。また、プロフェッショナルオートノミーとして、専門性が尊重された団体である所以のシステム改善プロセスとして必須である。

9 専攻医の採用と修了

① 採用方法

52

研修の公募は、各専門研修プログラム管理委員会に一任するが以下の点についてはリハビリテーション科プログラムとして統一する。

- ・ 採用時期を一定時期とし、HPで公募、選抜すること
- ・ 学科試験と面接試験を行うこと

採用は、試験・面接等で、専攻医を評価の上、各研修プログラムに適合すると判断したものを採用する。

② 修了要件

53

プログラムの修了には、3年間の研修が修了し、研修実績が規定を満たしている必要がある。研修実績には、研修日数が足りていること、研修内容の各疾患別・検査別・手技別の症例数が指定する症例数を上回ること、指導医と専門研修プログラム管理委員会及び専門研修プログラム連携委員会による研修評定で3段階評価で平均2を上回ることが必要となる。プログラム統括責任者が、専門研修プログラム管理委員会の評価に基づき、専攻医の専門研修修了判定を行なうことになる。

10 他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと

リハビリテーション科専門研修プログラムで研修を行うものは、研修開始時点までに公益社団法人日本リハビリテーション医学会に入会し、会員資格を保持している必要がある。

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、研修プログラム制でなく、研修カリキュラム制を選択することができる。この場合の研修カリキュラム制については、別途「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」を参照のこと。