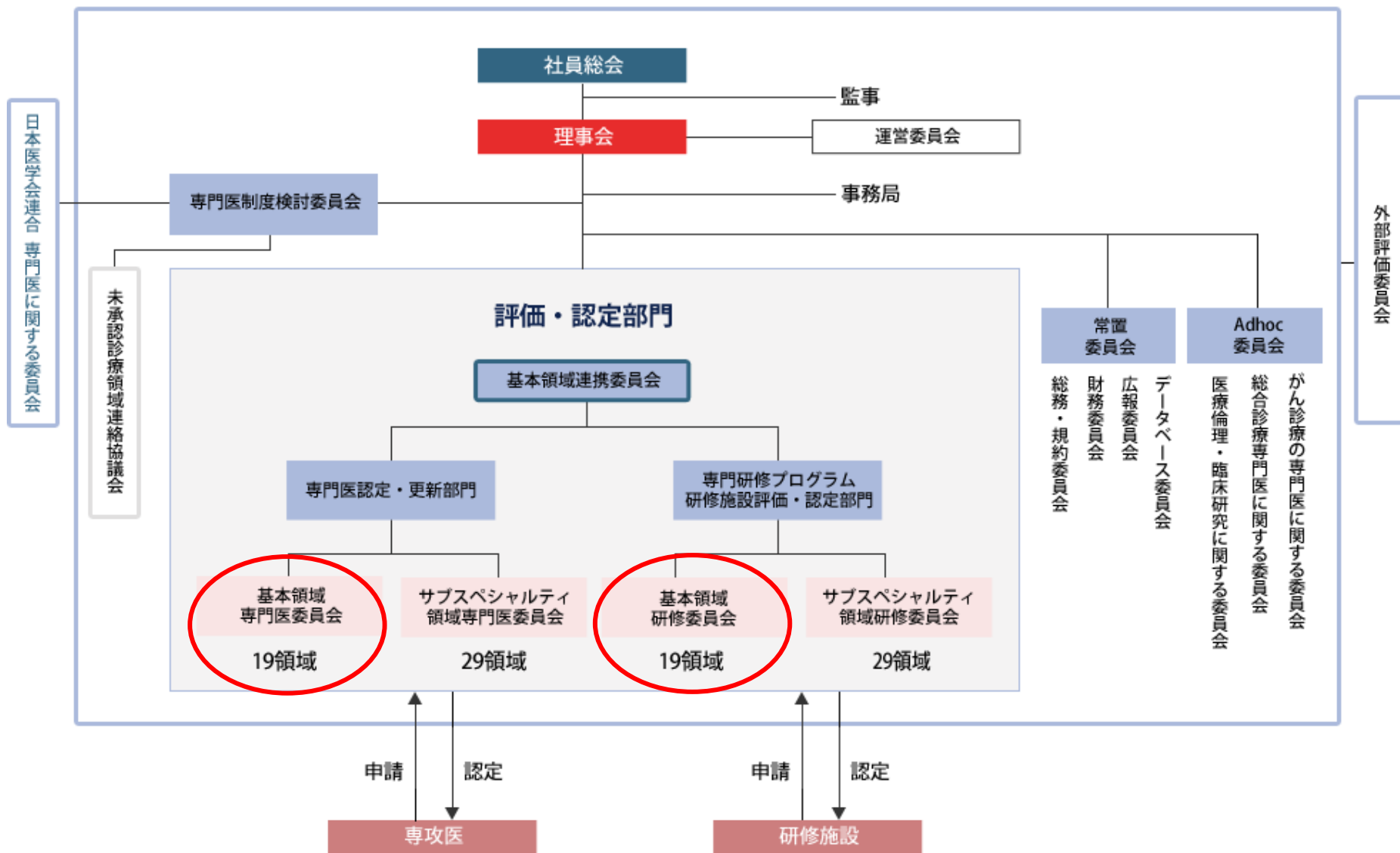


新専門医制度における  
リハビリテーション科専門研修プログラム

専門医制度委員会  
芳賀 信彦

# 一般社団法人 日本専門医機構 組織図



# 現行制度と新専門医制度の対象者

## 【現行制度の対象者】

- すでに日本リハビリテーション医学会が認定している研修施設で、専門医制度卒後研修カリキュラムに基づく研修を開始したか、2016年度中に開始する者
  - 2019年度までに専門医試験を受験（2019年度は2020.3予定）
  - 不合格の場合は、5回までの再受験を認める
  - 研修を開始したが、妊娠出産、病気、介護、大学院進学、留学等で研修が中断した場合も、最終的に3年間の研修を含む受験資格を満たせば、2024年度まで現行の制度の下で専門医試験を受験することができる（未確定）

## 【新専門医制度の対象者】

- 2017年3月末以降に初期臨床研修を終える者
- 2017年3月以前に初期臨床研修を終えるか、初期臨床研修制度導入前に医師となった者のうち、2017年3月までに現行制度の研修に入れない者

1. リハビリテーション科研修プログラムの概要
2. 申請・承認のプロセスとその後

1. リハビリテーション科研修プログラムの概要

2. 申請・承認のプロセスとその後

# リハビリテーション科研修プログラム

## 【専攻医側からみて】

1. 初期臨床研修修了前にリハ科専攻医になることを決め、プログラムを選択する(専攻医になることは必須ではない)
2. 初期臨床研修終了後にリハ科研修プログラムの専攻医となる
3. プログラムは基本的に3年間(領域により異なる)
4. プログラム修了後に専門医試験を受験(試験時期検討中)

## 【研修プログラム側から見て】

1. 「リハ科専門研修プログラム整備基準(関連資料を含む)」に沿い、モデルプログラムを参考にして、プログラムを組む
2. 申請書類一式を作成し、日本専門医機構に申請(送付先はリハ医学会気付)
3. 機構の審査を通れば、初期臨床研修医等に対して公開される
4. 応募に対して選考を行う(3次募集までを想定)
5. プログラムを整備基準に沿って実施する

# リハ科研修プログラムに関するタイムテーブル

次期	主体	内容
2015.4	専門医機構	専門研修プログラム整備基準を公表
2015.11	専門医機構	専門研修モデルプログラムを公表
2015.10-11	リハ医学会	専門研修プログラム(等)に関する説明会実施
2015.12.1?	基幹研修施設	専門研修プログラム申請開始(2016.2.15締切?)
2016春まで	専門医機構	専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会で各プログラムを審査
2016.6?	専門医機構	専攻医希望者に専門研修プログラムの提示
2016.9?	第1期専攻医 希望者	専門研修プログラムに応募し、第1回採用試験を受験 (3次募集まで想定)
	基幹研修施設	研修プログラム管理委員会で第1期専攻医を採用
2017.4	第1期専攻医	研修を開始
2018年度?	専門医機構	基幹研修施設に対するサイトビジットを開始
2019年度末	基幹研修施設	プログラム統括責任者が第1期専攻医の研修終了判定
2020.3	第1期専攻医	研修を修了(研修が不足する場合は追加研修)
未定	第1期専攻医	専門医試験を受験

# リハ科研修プログラムの内容

## 専攻医が研修プログラムにおいて研修すべき項目

(赤字は症例経験必須)

### 1. 知識

リハ医学概論、機能解剖・生理学、運動学、障害学

### 2. 診断・評価

リハ診断学: 画像診断、電気生理学的診断(筋電図、神経伝導検査)、病理診断、超音波検査、その他

リハ評価: 意識障害、運動障害、感覚障害、言語機能、認知症・高次脳機能、心肺機能、摂食・嚥下、排尿、成長・発達、障害者心理、歩行、ADL、IADL、参加制約、ICF

### 3. 治療

全身状態の管理と評価に基づく治療計画、障害評価に基づく治療計画、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢、装具・杖・車椅子など、訓練・福祉機器、摂食嚥下訓練、排尿・排便管理、ブロック療法、心理療法、薬物療法、生活指導

### 4. 学問的姿勢

科学的思考・論理的思考、生涯学習(学会参加、発表)

### 5. 倫理・社会など

医事法制、医療経済、医療倫理・医療安全(講習受講)、医師としての態度・連携



# 専攻医が研修プログラムにおいて経験すべき疾患・病態 (以下の75例を含む100例以上)

- (1) 脳血管障害・外傷性脳損傷など: 15例  
脳血管障害13例、外傷性脳損傷2例、以上
- (2) 脊椎脊髄疾患・脊髄損傷: 10例  
腰痛・脊椎疾患2例、脊髄損傷2例、以上
- (3) 骨関節疾患・骨折: 15例  
関節リウマチ2例、肩関節疾患2例、変形性関節症(下肢)2例、  
骨折2例、骨粗鬆症2例、以上
- (4) 小児疾患: 5例  
脳性麻痺2例、二分脊椎1例、以上
- (5) 神経筋疾患: 10例  
パーキンソン病2例、脊髄小脳変性症1例、多発性硬化症1例、  
筋萎縮性側索硬化症1例、多発性神経炎1例、  
ポストポリオ症候群1例、末梢神経障害1例、以上
- (6) 切断: 5例
- (7) 内部障害: 10例  
呼吸器疾患2例、心・大血管疾患2例、末梢血管疾患2例、  
その他の内部障害(糖尿病・慢性腎疾患など)2例、以上
- (8) その他: 5例  
廃用症候群2例、がん1例、疼痛性疾患1例、認知症1例、以上

# サブスペシャリティについて

日本専門医機構によりすでに認定を受けている  
29のサブスペシャリティ領域に対し、  
昨年11月に関係性構築に関する問い合わせ



小児神経専門医、感染症専門医からは関係性構築の回答  
リウマチ専門医は検討中  
臨床神経生理学会(専門医制度整備中)とも関係を予定

# リハ科研修プログラムの構成におけるポイント

1. 基幹施設と連携施設A、連携施設Bから構成される。基幹施設のみのプログラムは認められない。連携施設Bは含まれなくても良い。
2. 基幹施設の認定基準(整備基準・項目23、以下を全て満たす)
  - 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
  - 研修内容に関する日本専門医機構による監査・調査に対応できる
3. 連携施設の認定基準(整備基準・項目24)
  - 【連携施設A】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
  - 【連携施設B】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A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。

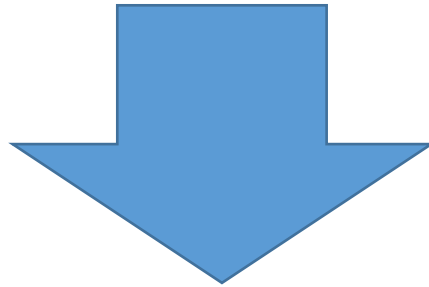
# リハ科研修プログラムの構成におけるポイント

4. 施設群の構成要件(整備基準・項目25より抜粋、赤字は修正後)
  - 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
  - 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
  - 専門研修指導医が基幹施設・連携施設Aに各1名以上いる
  - **専門研修プログラムの全体において、専攻医は原則6ヶ月以上24ヶ月以内の期間、基幹施設での研修を行う。専門研修プログラムの中で全く基幹施設に勤務しない、あるいは基幹施設のみに勤務し連携施設に勤務しない、という状況は認められない。**
  - 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A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。連携施設B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。但し連携施設B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A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。

# リハ科研修プログラムにおける専攻医数の考え方

## 専攻医受入数についての基準（整備基準・項目27より抜粋）

- 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。



具体的には、どう決まるのか？

# リハ科研修プログラムの定員はどう決まるのか？

(H27.9.18 日本専門医機構 プログラム申請事前説明会資料より)

## ➤ 定員を決める因子

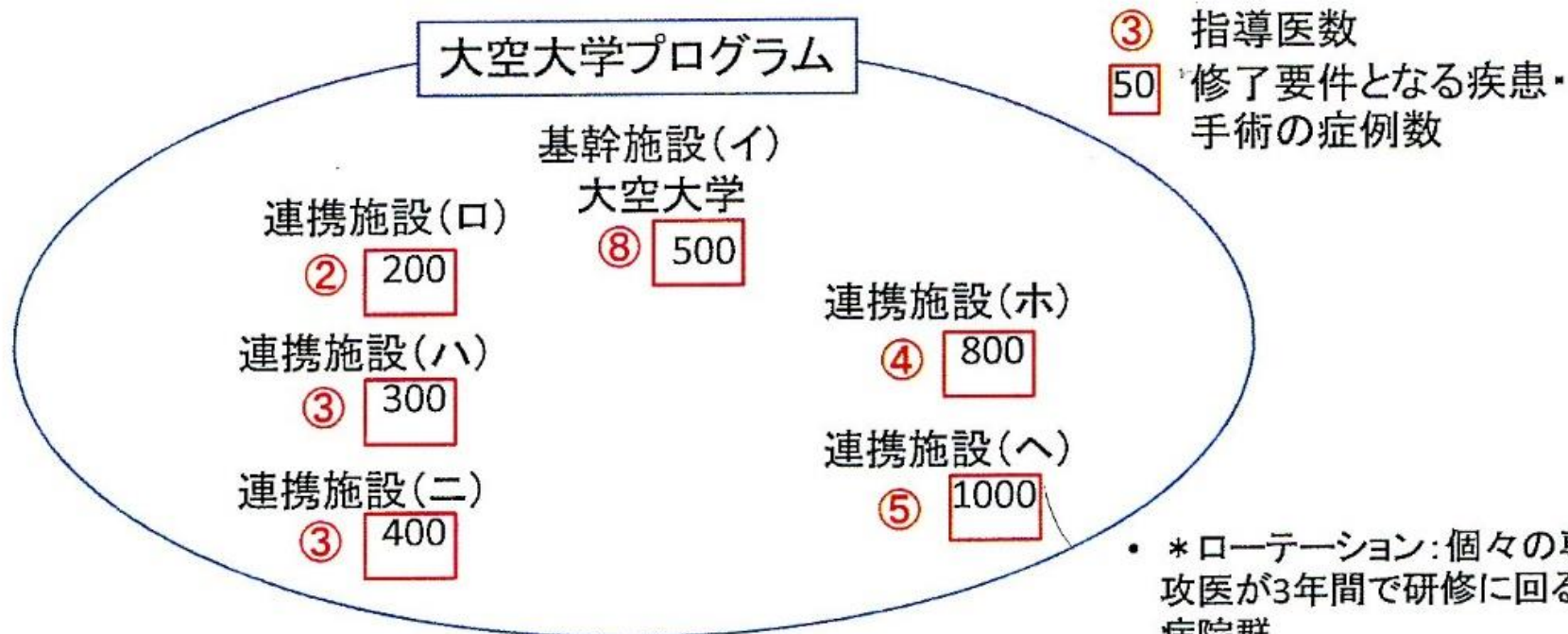
- ー **症例数** 必須な受持経験症例数や執刀経験手術数
- ー **指導医数** 指導医が受け持つ専攻医は1研修年次  
1名が基本

## ➤ 定員の決定

- ー 指導医数から算出される定員と症例数から算出される定員を比較し、**少ない方が定員**となります(次スライド参照)。

実際は、定員には基幹研修施設等のポスト数も関係すると考えられる

複数のローテーション\*を含むプログラム(施設をカテゴライズしない場合)



- \*ローテーション:個々の専攻医が3年間で研修に回る病院群
- 指導医当たりの専攻医数は単年度に1名(全体で3名まで)と設定

Question

複数のローテーション(コース)を含むプログラムの定員の決め方は?

Answer

1. 図の例では3年間のプログラムを6施設のうちの3施設で組む。6施設全体での指導医数は25、症例数は3200/年である。
2. 必要経験症例数を100/3年とすると、定員(期間3年)は $3200 \times 1 / 100 = 32$ で、単年度の定員は10である。
3. 指導医数からの単年度の定員は25である。
4. 指導医数と症例数の基準から算出される単年度の募集定員は10となる。

# 「按分」の考え方に注意

(H27.9.18 日本専門医機構 プログラム  
申請事前説明会資料より)

Q7 ある地域中核病院が2つの大学の研修プログラムに連携施設として入る場合の症例数の按分および指導医数の按分の仕方は？

A 2つの基幹施設の研修プログラム統括責任者が協議して決めることとなります

- 1対1の按分や、2対1の按分など種々の場合があります
- 多くは症例(経験)数の按分が優先されると考えられます
- 指導医数は症例(経験)数の按分に準じた整数比(例えば、指導医が3名であれば2名対1名)で按分するようにして下さい。
- くれぐれも、2つのプログラムで症例数と指導医数を二重登録しないようご注意ください
- 各領域の研修委員会の責任でコントロールされ、サイトビジットでの確認事項となります

割り切れない場合のみ、分数に按分可能

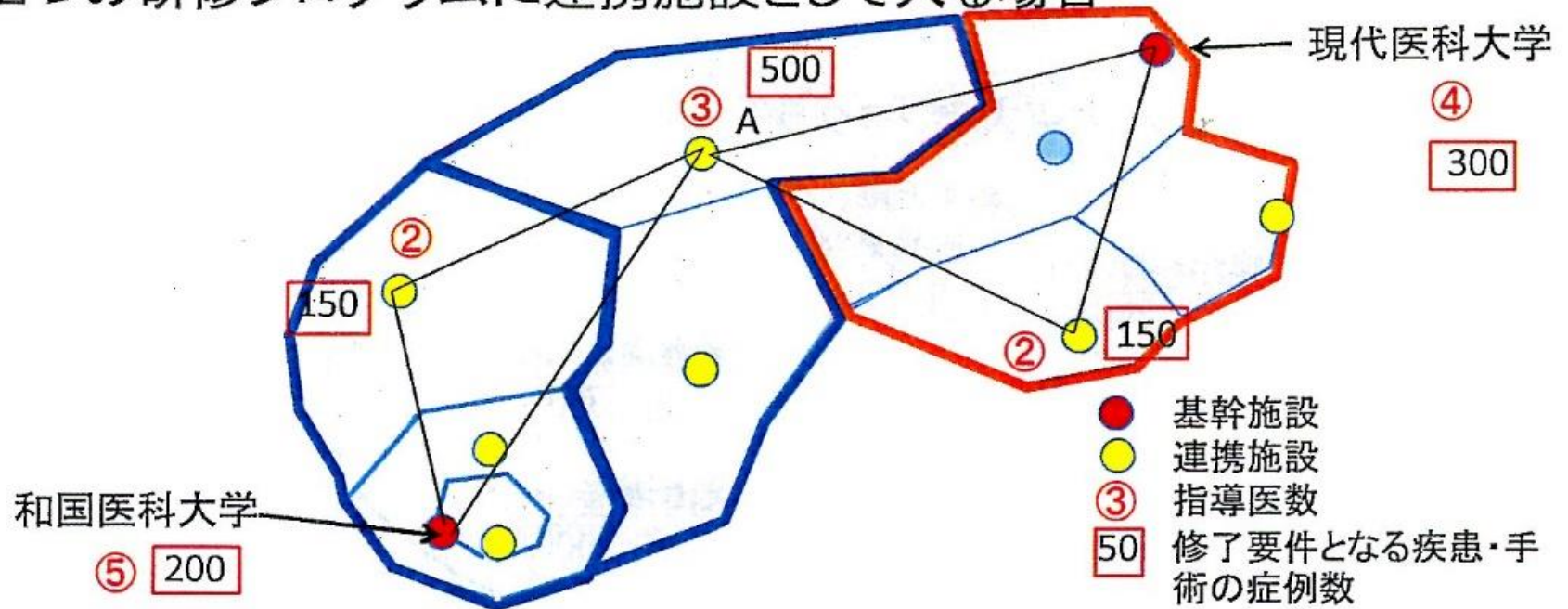
1名で2PG: 1/2名ずつ

2名で3PG: 1, 1/2, 1/2または2/3名ずつ

3名で2PG: 3/2ずつは×、2名と1名にする



## 2つの研修プログラムに連携施設として入る場合



Q 地域中核病院(A)が基幹病院である2つの大学の連携施設になる場合の定員は？

A1. 症例数：施設(A)の500を2等分して、和国医科大学のプログラムと現代医会大学のプログラムにカウントする場合、それぞれ $200+150+250=600$  (3年で1800) および  $300+150+250=700$  (3年で2100) となる。必須経験症例数が専攻医当たり(期間3年)100ならば定員(期間3年)は18および21である。プログラムで募集するのは単年の専攻医なので募集定員は**6および7**である。

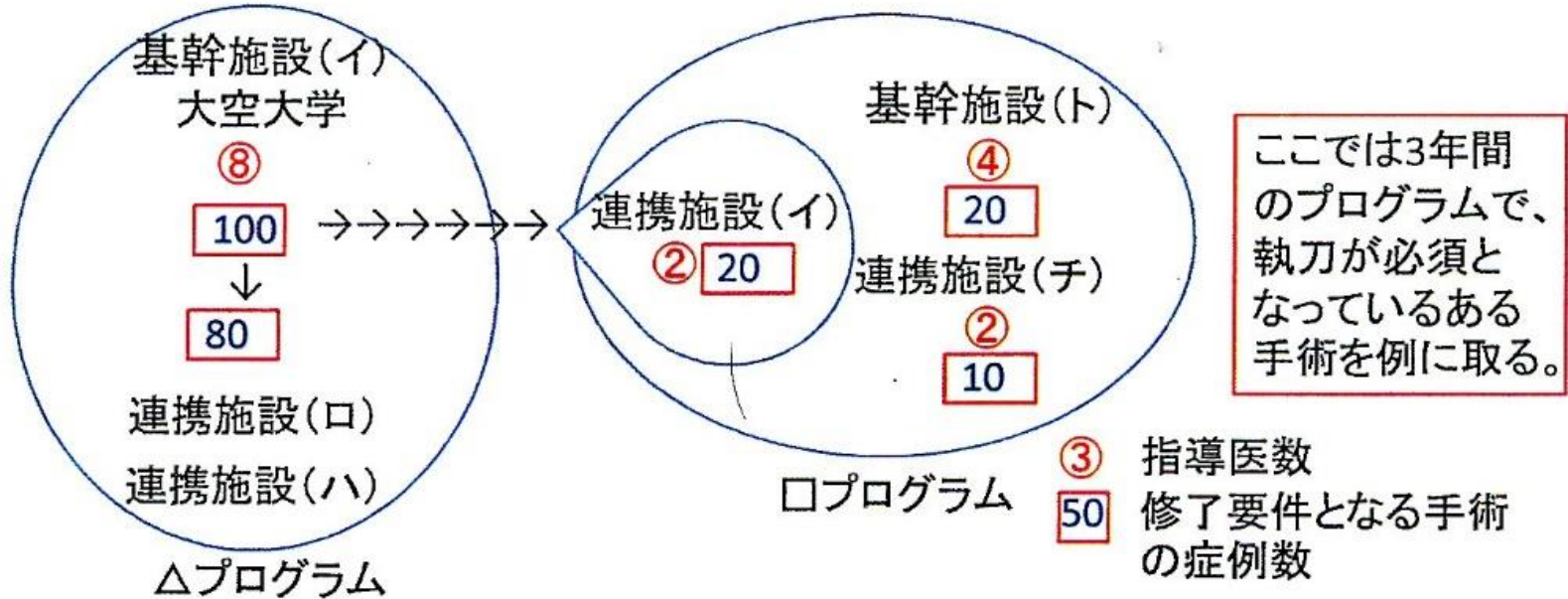
A2. 指導医数：施設(A)の指導医3名を2対1に按分する場合の指導医数はそれぞれ $5+2+2=9$  および  $4+1+2=7$  である。指導医当たり専攻医数を1年に1名とすると、募集定員はそれぞれ**9および7**である。(指導医数の按分が1対2であれば、それぞれ8となる。)

A3. 2つの基準から定員はそれぞれ**6および7**となる。

Q9 ある基幹施設(イ)が他のプログラム(ロ)の連携施設になる場合、定員はどのように考えたらよいですか？

- A ・ プログラム(ロ)で不足する疾患や手術の共有が目的と考えられます
- 基幹施設(イ)がプログラム(ロ)に分配することにより、プログラム(ロ)の症例数が増加します
  - 按分方法を2つのプログラム統括責任者間で協議して決定することは前の質問と同様です
    - プログラム(ロ)では自前の症例数に基幹施設(イ)から分配される症例数を加えて定員を算出します
    - 指導医数もダブルカウントすることはできないため、同様に按分となります

例:ある基幹施設が他のプログラムの連携施設になる場合



Question

他のプログラムの基幹施設が連携施設となるプログラムの定員の決め方は？

Answer

- プログラムでは専攻医が3年で経験できる症例数は最大で、施設(ト)で2年、施設(チ)で1年の場合の50である。修了要件となる症例数を50とすると、5年間に2人が症例数の要件を満たすことができる。すなわち毎年専攻医を採用することはできない。
- △プログラムの基幹施設(イ)は□プログラムの連携施設として手術症例数100のうち20および指導医8のうち2を□プログラムに割り振るとする。この場合、□プログラムの症例数は50/年であり150/3年である。修了要件となる症例数を50とすると3年間の定員は $150 \times 1 / 50 = 3$ であり、単年度の定員は1である。
- 連携施設(イ)を含めた□プログラムの指導医数は8であり定員は8である。症例数からの定員は1であり、募集定員は1となる。

# T大学リハビリテーション科専門研修プログラム における専攻医定数について

## 専門医機構の考え方:

症例数: 群全体での年間症例数と群全体での最低実績数の割合が最も厳しい切断(613例:10例)より、最大**61名**

指導医数は群全体で**34名**

従って年間**34名**が最大定員

(複数プログラムに入る場合は、指導医数を鞍分するため少なくなる)

➤ しかし基幹施設への勤務の義務化を考えると、T大病院での年間定員数に制約を受ける。

(例えばポストが4つしかなければ、半年毎の勤務としても年間8名まで)

➤ さらに機構は、領域全体での調整を求めており、この影響も受ける可能性がある。

# リハ科研修プログラムの定員はどう決まるのか？

(H27.9.18 日本専門医機構 プログラム申請事前説明会資料より)

- 最終的に、領域と機構が協議して、**領域全体で調整**します
- 領域研修委員会とPG部門で協議を行い、**最終承認**を行います

## 【調整の方法(案)】

- 近年のリハ科専門医受験者数を参考に全体の定員数を考えます
- 地域毎の専攻医数に、現状から激変を生じないようにします



過去3年間の専攻医(リハ専門医を目指す医師)数も考慮して、適切な募集定員数を定めて下さい。

# 現時点で予測されるリハ科研修プログラム

1. 2017年度のスタート時点では、全国で75前後のプログラム。
2. 研修プログラムの基幹施設がない県は3～4。
3. 47都道府県のうち28～30は、1つのみの研修プログラム。



基幹研修施設になろうとする施設は(特に3.に相当する場合)、地域において十分な話し合いや協議をした上で研修プログラムの申請をするようにお願いいたします。

1. リハビリテーション科研修プログラムの概要

2. 申請・承認のプロセスとその後

# 申請のプロセス

## 1. 以下を参考に研修プログラムを組む。

- リハビリテーション科研修プログラム整備基準(関連資料はHP参照)
- モデル研修プログラム(都会大学、地方大学、都会拠点病院、地方拠点病院の4つを準備、HP参照)

## 2. 申請に必要な、以下の書類を作成

- 専門研修プログラム申請書(HPよりダウンロード予定)
- 専門研修プログラム別紙1～5(HPよりダウンロード予定)
- 専門研修プログラム冊子

モデル研修プログラムを参考に作成し、施設のHP等で公開される  
募集専攻医数とともにプログラムに投入される教育資源の情報を反映する

専門医機構向け： 研修プログラム本体の審査のための資料

応募者向け： 研修プログラム選択のための資料

## 3. 日本専門医機構に申請

- 実際はリハ医学会事務局へ全ての書類をメール添付で提出
- 専用アドレスを設ける予定



## 申請に際しての注意点

- 指導医名簿、数等のデータは、申請時点(2016.2.15?の締切まで)で申請し、「指導医になる予定」といった見込みでの申請は認められません。
- 2017年の研修プログラム開始後は、6月時点のデータに基づいて、翌年分のプログラムの修正をして頂くこととなります。
- 研修プログラムは、原則5年毎に更新して頂きますが、途中の段階で新規のプログラムを承認することはあり得ます。

# 承認のプロセスとその後

## 1. 日本専門医機構で承認

- 日本専門医機構のリハビリテーション科研修委員会と、専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会で評価、(調整)、承認

## 2. 認定料の支払い

## 3. 応募と採用

- 3次募集までを想定(マッチングではない)
- 研修プログラム管理委員会で専攻医を採用

## 4. 研修の開始

## 5. 機構によるサーベイランス

# 御清聴ありがとうございました

- 最新の情報は、学会HPトップページから「新専門医制度について」をクリックして頂ければ入手できます。
- 疑問点は、そこに掲載されているQ&A等をご確認いただき、それでも解決されない場合は、  
専用メールアドレス: [sinseido@jarm.or.jp](mailto:sinseido@jarm.or.jp)  
FAX: 03-5206-6012  
にてお問い合わせください。
- 各地域の中で、連携施設として研修プログラムに入ることを希望する施設から問い合わせが基幹研修施設にあった場合は、適切な対応をお願いいたします。