

香川全域旅游リハビリテーション科専門研修プログラム

目 次

1. 香川全域旅游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行われるか
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. 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. 終了判定について
14. 専攻医が研修プログラムの終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. Subspecialty 領域との連続性について
17. 専攻医の受け入れ数について
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. 専攻医の採用と終了について

1. 香川全域旅游リハビリテーション科専門研修プログラムについて

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を担う医師」です。リハビリテーション科専門医は、障害に対する幅広い医学知識と専門的治療技能とを有し、リハビリテーション関連職で構成するチーム医療のリーダーとなり、患者さんの生活機能を高めるにとどまらず、生活環境や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注力します。

リハビリテーション科専門研修プログラムは、2017年度に開始された新専門医制度のもと、リハビリテーションを研修する医師が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。日本専門医機構の指導の下、日本リハビリテーション医学会が中心となってリハビリテーション科専門研修カリキュラム（以下、研修カリキュラムと略す。日本リハビリテーション医学会ホームページ内のサイトからダウンロード可能）が策定され、様々な病院群による専門研修プログラムが構築されています。

香川全域旅游リハビリテーション科専門研修プログラム（以下、本研修プログラムとする）は、香川県全域の施設群で構成するプログラムであり、その基幹研修施設は香川県立中央病院です。研修施設には、香川大学医学部付属病院をはじめ、香川県内の急性期病院、障害者リハビリテーション施設、回復期リハビリテーション病院があり、その中には生活期リハビリテーションに取り組む施設もあります。また、スポーツ整形外科や骨粗鬆症対策を含む地域の高齢者医療を展開する施設もあります。本研修プログラムでは、リハビリテーション科専門研修医（以下、専攻医）は、これらのそれぞれの特性をもつ施設群で研修することにより、リハビリテーション科専門医として必要不可欠な研修項目を網羅していくことができます。

リハビリテーション科専門研修プログラムでは、下記の9領域の研修を行います。

- 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

専攻医は、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の役割を果たすことができるようになります。

また、下記は、リハビリテーション科専門研修プログラムの目的と使命です。

- 1) 専攻医が医師として必要な基本的診察能力(コアコンピテンシー)を習得すること。
- 2) 専攻医がリハビリテーション科領域の専門的診療能力を習得すること。
- 3) 上記に関する知識・技能・態度と高い倫理性を備えることにより、患者に信頼され、標準的な医療を提供でき、プロフェッショナルとしての誇りを持ち、患者への責任を果たせるリハビリテーション科専門医となること。
- 4) リハビリテーション科専門医の育成を通して国民の健康・福祉に貢献すること。

本研修プログラムでは、専攻医が、研修カリキュラムの内容を達成することを条件とし、一定期間大学院や研究機関で研究を行うことができるよう配慮しています。社会人大学院や臨床医学研究系大学院に在籍して、臨床に従事しながら研究を行う期間は、そのまま研修期間に含めることができます。

本研修プログラムは、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、国民が受けることができるリハビリテーション医療のレベルを向上させ、さらに障害者を取り巻く福祉分野においても社会に貢献するためのプログラム制度に準拠しています。また、専攻医は、本研修プログラムを終了することにより、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ます。

2. リハビリテーション科専門研修はどうように行われるか

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年間とを合わせた5年間の研修で育成されます。

- 初期臨床研修が終了していない場合、たとえ医師免許を取得後2年間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、保険医資格を所持していないと、専門研修を受けることはできません。
- リハビリテーション科専門研修(後期研修)を受けるにあたり、初期臨床研修に

おけるリハビリテーション科の研修は必修ではありません。また、初期研修の2年間のうち、自由選択期間にリハビリテーション科を選択していても、この期間をもって全体で5年間の研修期間を短縮することはできません。

- 専門研修の3年間では、専攻医は、1年目、2年目、3年目にそれぞれ設定された基本的診療能力・態度(コア・コンピテンシー)を身につけることを目標とし、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基づいて研修し、リハビリテーション科専門医に求められる知識・技術を習得します。各年度の終わり各専攻医の研修の達成度を評価し、各専攻医のリハビリテーション科医師として活動が基本的なものから応用的なものへと進み、さらに専門医として独立して活動できるまで着実に実力をつけていくように配慮します。研修施設によりそれぞれ専門性があるため、経験できる症例等にもばらつきが出ます。このため、習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、個別のプログラムを設定して指導します。
 - 専攻医のリハビリテーション科専門研修プログラムの終了判定には、専攻医が各疾患について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数の症例を経験していることが必要です。経験すべき疾患別症例数を以下に示します。
 - 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ります。
- 2) 年次毎の専門研修計画
- 専攻医の研修は、各年の達成目標の達成度を評価しながら進めます。
- 年次毎の研修内容・研修目標の目安を以下の各頁に示します。

◆ 専門研修1年目(SR1)

専門研修1年目(SR1)の目標は、基本的診療能力およびリハビリテーションの基本的知識と技能の習得です。基本的診療能力(コアコンピテンシー)については、指導医の助言や指導のもと、別記の事項が実践できることが求められます。また、基本的知識と技能については、研修カリキュラムでAに分類されている評価・検査・治療の基本的知識と技能の概略を理解し、一部を実践できることが目標となります。

初年度の研修先施設は、専攻医の強い希望がない限り、基幹研修施設である香川県立中央病院です。主に急性期医療・高度医療の現場でのリハビリテーション、内部障害患者のリハビリテーション、また、がん患者のリハビリテーションを経験します。嚥下機能の評価と訓練も経験できます。多職種協働のチーム医療の基礎となるカンファレンスや各種のチーム活動に積極的に参加し、患者の Quality of Life に配慮する態度を身につけます。回復期病院との直接的な地域連携や退院支援などの活動も経験できます。また、安全管理・医療倫理・感染症対策の講習を受講できます。

なお、専攻医は、院内での研修だけでなく、院外活動として学会・研究会等への参加などを通じて自ら専門知識・技能を習得すべきです。表1に習得目標を示します。

表1. 専門研修1年目の目標

| |
|--|
| <p>基本的診療能力(コアコンピテンシー)</p> <p>指導医の助言・指導のもと、別記の事項が実践できること</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こと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) 的確な診療記録ができること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) 多職種で展開されるチーム医療にメンバー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 <p>基本的知識と技能</p> <p>知識:運動学、障害学、ADL/IADL、ICF(国際生活機能分類)、チーム医療、急性期リハビリテーション、内部障害のリハビリテーション、がん患者のリハビリテーション、地域医療など</p> <p>技能:全身管理、リハビリテーション処方、装具処方、地域連携コーディネートなど</p> <p>これらの評価・検査・治療の概略を理解し、一部を実践できること</p> <p>詳細は日本リハビリテーション医学会の研修カリキュラムを参照のこと</p> |
|--|

◆ 専門研修 2 年目(SR2)

専攻医は、基本的診療能力の向上を図り、リハビリテーションスタッフへの指導にも参画します。幅広い経験を通じてリハビリテーション科の基本的知識と技能を増やすことを目標とします。

特に、1 年目の香川県立中央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、日々の臨床診療を通して専攻医の知識・技能の習得を支援します。

専攻医は、学会・研究会に参加し、聴講するだけではなく、発表や質問などの発言を積極的に行いましょう。また、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・技能の習得を図って下さい。表2に習得目標の概略を示します。

表2. 専門研修2年目の目標

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実践できること

【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こと
- 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) 的確な診療記録ができること
- 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) 多職種で展開されるチーム医療にメンバー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

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)、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 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こと

詳細は日本リハビリテーション医学会の研修カリキュラムを参照のこと

◆ 専門研修3年目(SR3)

カンファレンスなどで意見の集約・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てください。さらに、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領域のすべての疾患を経験することを意識して、実践的知識・技能の習得に努めてください。指導医は、日々の臨床診療を通じて、専攻医の知識・技能習得を指導します。また、専攻医は、学会での発表、研究会への参加、DVDなどを活用して、自ら専門知識・技能の習得して下さい。

表3に、専門研修3年目における習得目標の概略を示します。

表3. 専門研修3年目の目標

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て適切に実践できること

【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こと
- 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) 的確な診療記録ができること
- 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) 多職種で展開されるチーム医療にメンバー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

基本的知識と技能

知識:社会制度、地域医療など

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 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こと

詳細は日本リハビリテーション医学会の研修カリキュラムを参照のこと

3) 研修の週間計画および年間計画

表4, 5, 6に主な研修施設での週間スケジュールをします。

表4. 香川県立中央病院(基幹施設)

リハビリテーション科の診療活動

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|--------|------------------------|----------------------------|--|---|-------------------------------------|----------------------|
| 7:30～ | 7W病棟(整形外科) 新患・術前 CF | | 7E病棟(整形外科) 新患・術前 CF | | 整形外科 新患・術後 CF | |
| 8:00～ | | | | 7:50～脳神経外科回診 6W病棟(脳神 経外科) CF 6W病棟(循環器 科) CF | | |
| 8:30～ | 部門内ミーティングなど | リハ部 勉強会 | 心臓血管外科 CF | | | |
| 9:00～ | 術後・新患 診察 リハ処方 | 外来リハ 診療 | 術後・新患 診察 リハ処方 | 外来リハ 診療 | 術後・新患 診察 リハ処方 | 術後患者および新患 診察 リハ処方 |
| 9:30～ | | | | | | |
| 10:00～ | ICU CF | ICU CF | ICU CF | ICU CF | ICU CF | |
| 10:30～ | | | | | | |
| 11:00～ | 嚥下造影 検査 | 新患診察 リハ処方 | 新患診察 リハ処方 | CF準備 | 新患診察 リハ処方 | CF準備 |
| 11:30～ | | | | | | |
| 12:00～ | 昼休み | 昼休み | 昼休み | 昼休み | 昼休み | |
| 12:30～ | | | | | | |
| 13:00～ | 新患診察 リハ処方など | 13:15～ 6E,5E,4E病棟 CF | 紹介患者等 診察とリハ処方など 新患診察 リハ処方など 新患診察 リハ処方など 8W(耳鼻咽喉科) CF | 9W(呼吸器外科) 8W,7W病棟 CF | 13:15～ 9W(呼吸器内科),7E 救命救急病棟 CF | |
| 13:30～ | | 8E(消化器外科) CF | | | | |
| 14:00～ | | 14:45～9E 病棟 CF | | | | |
| 14:30～ | | 10E(血液内科), 10W(緩和内科) CF | | | | |
| 15:00～ | | | | | | |
| 15:30～ | | | | | | |
| 16:00～ | | | | | | |
| 16:30～ | | | | | | |
| 17:00～ | | | | かんわ支援チーム CF | | |
| 17:30～ | 書類作製 各科勉強会など | 書類作製 各科勉強会など | 書類作製 各科勉強会など | 書類作製 各科勉強会など | 書類作製 各科勉強会など | |
| 18:00～ | | | | | | |

表中の CF はカンファレンスを表します。

カンファレンス後、患者の状態確認やスタッフの依頼に応じた診察などを随時行ないます。

表5. かがわ総合リハビリテーションセンター(連携施設)

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|--------|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|-----------------|
| 8:30～ | | | 朝カンファレンス | | | |
| 9:00～ | | 回診・ 症例 カンファ レンス | | | | |
| 9:30～ | | | ↑ 外来診療(9:00～11:00) | ↑ 病棟業務(9:00～12:00) | | |
| 10:00～ | | | ↓ | ↓ | | |
| 10:30～ | | | | | | |
| 11:00～ | | | | | | |
| 11:30～ | | | | | | |
| 12:00～ | | | | | | |
| 12:30～ | | | | | | |
| 13:00～ | | | | | | |
| 13:30～ | | 痙縮 外来 | 病棟業務(14:00～16:00) | | 装具 外来 | 神経 筋電図 検査 |
| 14:00～ | | | | | | |
| 14:30～ | | | | | | |
| 15:00～ | | | | | | |
| 15:30～ | | | | | | |
| 16:00～ | | | | | | |
| 16:30～ | | | | | | |
| 17:00～ | | | | | | |

表6. 高松協同病院(連携施設)

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|--------|------------|------------|------------|-------------------------|------------|--------------|
| 8:30～ | 830ミーティング | 830ミーティング | 830ミーティング | 830ミーティング | 830ミーティング | 830ミーティング |
| 9:00～ | 西ADL回診 | 病棟 | 西整形回診 | | | |
| 9:55～ | 立ち座り体操 | 立ち座り体操 | 立ち座り体操 | | | |
| 10:15～ | Aチームカンファ | 病棟回診 | 病棟回診 | 訪問リハビリ または 通所リハビリ | 東ADL回診 | 病棟回診 |
| 11:00～ | 入院合同評価 | 入院合同評価 | 入院合同評価 | | Bチームカンファ | |
| 12:00～ | 昼食・昼休み | 病棟回診 | 病棟回診 | 入院合同評価 | 入院合同評価 | 病棟回診 文書作成 |
| 12:30～ | 入院判定会議 | 昼食・昼休み | 昼食・昼休み | 昼食・昼休み | 入院判定会議 | |
| 13:30～ | 装具外来 | 病棟回診 | 病棟回診 | | リハビリ外来 | |
| 14:05～ | リハビリカンファ | リハビリカンファ | リハビリカンファ | | リハビリカンファ | |
| 15:50～ | | | | | リハビリ | |
| 16:00～ | 病状説明 | 病状説明 | 病状説明 | または 通所リハビリ | リハビリ | 病状説明 |
| 16:50～ | 1650ミーティング | 1650ミーティング | 1650ミーティング | | 1650ミーティング | 1650ミーティング |

4) 研修の年間計画

表7に本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を示します。

表7. 本専門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 | <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を配布 指導医・指導責任者:前年度の指導実績報告要旨を提出 SR3 修了者:専門医認定一時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 本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) |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> 日本リハビリテーション医学会学術総会参加(演題発表) 本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) |
| 7 | <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) |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> 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(香川県立中央病院ホームページ) 本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) |
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> SR1、SR2:次年度研修希望施設アンケートに回答・提出(研修プログラム管理委員会宛) 次年度専攻医内定 |
| 12 | <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) 本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) |

| | |
|---|--|
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> 本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 | <ul style="list-style-type: none"> 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する) SR1、SR2、SR3:年次報告のため研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を作成 SR1、SR2、SR3:研修プログラム評価報告用紙を作成 指導医・指導責任者:指導実績報告用紙を作成 (SR1、SR2については4月に、SR3については3月中に提出) 研修プログラム管理委員会開催(SR3研修終了を判定) |

3. 専攻医の到達目標(習得すべき知識・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です。それぞれの領域の各項目は、A:正確に人に説明できなければならない事項から、C:概略を理解している必要がある事項に分類されています。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技能は、(1) 脳血管障害、外傷性脳損傷など (2) 脊髄損傷、脊髄疾患 (3) 骨関節疾患、骨折 (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領域に渡ります。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、認知機能、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、摂食嚥下療訓練、ブロック療法など)があります。それぞれの領域の項目に、A:自分一人でできる／中心的な役割を果たすことができる、というレベルまで要求される事項から C:概略を理解している／経験している、というレベルまで求められ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

研修カリキュラムを参照

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

専攻医は、基本的診療能力(コアコンピテンシー)に関わる医師としての態度を身に着けてください。2. リハビリテーション科専門研修はどのように行われるのか 2) 年次ごとの専門研修計画 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してください。

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 2) 地域連携の経験 の項を参考にしてください。

本研修プログラムでは、基幹施設と他の研修施設でそれぞれ特徴ある広い領域の症例を経験し、知識や技能を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

リハビリテーション領域はチーム医療を基本として展開されているため、カンファレンスは研修に関わる重要項目と位置付けられています。チーム内における情報の共有と治療方針の決定に多職種が関わるため、カンファレンスの運営能力は、基本的診療能力だけではなくリハビリテーション医にとって特に必要とされる資質です。

基幹施設およびそれぞれの研修施設において医師及び看護師・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を開催し、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。

また、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研修施設群、あるいはその他の専門的立場の指導医に指導を仰いでください。

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究発表会も行い、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・後輩から質問を受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。リハビリテーションの方法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習得するためには有用です。

専攻医は、最新のガイドラインを参考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、また、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、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などで、下記の事柄を学ぶ機会があります。また、各施設内でもこれらの講演会が開催されるので、専攻医はこれらにも参加してください。

- 標準的医療および今後期待される先進医療
- 医療安全、院内感染対策
- 指導法、評価法などの教育技能

5. 学問的姿勢について

医学・医療は常に進歩しています。医師を生業として臨床に臨む上は、専門医、専攻医に関わらず、医学・医療の進歩に遅れないように常に研鑽、自己学習することが求められます。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については自ら臨床研究に参加、あるいは企画することで解決しようとする姿勢を身につけてください。

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。また、得られた成果は論文として発表し、公に広めるとともに批判を受ける姿勢を身につけてください。

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医学会学術集会における主演者の学会抄録2編を有すること。2編のうち1編は、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。』

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。以下はその具体的な内容です。

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こと

リハビリテーション科医師には、医療者と患者との間に良好な関係をはぐくむためのコミュニケーション能力が必要であり、また、チーム医療を展開するために医療関係

者とのコミュニケーションも重要です。基本的なコミュニケーション能力は初期臨床研修で習得されるべきですが、障害受容に配慮したコミュニケーションとなるとその技術は高度であり、患者の心理状態への配慮も必要です。

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)

医療専門家であろう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・技能及び態度を身につければなりません。

3) 的確な診療記録ができること

診療行為を的確に記述することは、初期臨床研修で取得されるべきことです。リハビリテーション科では、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

リハビリテーション科では、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いことから、それらに対する倫理的配慮が必要となります。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ねばなりません。

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ましょう。

6) 多職種で展開されるチーム医療にメンバー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当たることができるだけでなく、治療方針を統一し、その方針を患者にわ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、時間順守などの基本的な態度も当然必要です。

7) 後輩医師に教育・指導を行うこと

専攻医は、自らの診療技術、態度が後輩の模範となるよう心掛け、また、後輩に形成的指導を行えるようになります。チーム医療のメンバーとしてともに患者を担当し、学生や初期研修医および後輩専攻医を指導医と共に指導します。また、同時に、リハビリテーションスタッフへの教育にも参加して、チームとしての医療レベルの向上に貢献してください。教育・指導ができることが、生涯学習の姿勢を醸成することにつながります。

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、香川県立中央病院を基幹施設とし、地域の研修施設（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トすることにより、多彩かつ偏りのない充実した研修を行うことができ、これにより、専門医資格取得に必要な経験を積むことができます。

リハビリテーションの分野は大まかに9つに分けられますが、他の診療科にまたがる疾患が多く、さらに障害像も多彩です。また、急性期から回復期、維持期（生活期）を通じたリハビリテーションを1つの施設で経験することはできません。さらには、行政や地域医療・福祉施設と連携して地域で生活する障害者を診ることも必要です。

また、各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て課題探索能力や課題解決能力が身についていきます。この能力は各種の臨床研究のプロセスに触れることで養われます。

これらの理由で、専攻医は、複数の研修施設で多彩な症例を経験して医師としての基本的な力を獲得していくことになります。本研修プログラムでは、いずれの研修病院も指導内容や経験症例数に不公平がな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、本研修プログラム管理委員会が決定します。

2) 地域連携の経験

専攻医は、研修期間を通じて定期的に開催される地域のシームレスケア研究会に出席し、脳卒中や大腿骨近位部骨折の地域連携パスに沿った急性期から回復期、維持期（生活期）におけるリハビリテーションを学び、疾患の経過・障害に合わせた医療・福祉分野に渡る支援の状況を理解します。また、研修施設での研修中に、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションなどの介護保険事業、地域リハビリテーション等に関する見学・実習、また、ケアマネージャーとのカンファレンス、住宅改修のための家屋訪問などを経験します。

8. 施設群における専門研修計画について

表8は、本研修プログラムでの研修内容の一例です。この場合、SR1は基幹施設、SR2、SR3は連携施設での研修です。

実際には、基幹施設と連携施設でそれぞれ半年以上の研修を行うことになり、関連施設では3ヶ月以内の研修を行うことになります。3カ所以上の施設で研修することになります。

なお、研修施設の選択について、日本専門医機構より以下のように規定されています。

『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。』

表8. 本研修プログラムのコース例

| 専門研修年次 | SR1 | → | SR2 | → | SR3 | → | 専 門 医 試 験 |
|---------------------|--------------|---|----------------------------|---|----------------|---|-----------------------|
| 研修施設 領域 | 香川県立 中央病院 | | かがわ総合 リハビリテーション センター | | 高松協同病院 | | |
| 1) 脳血管障害・ 頭部外傷など | ○ (急性期) | | ○ (回復期・生活期) | | ○ (回復期・生活期) | | |
| 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 | ○ | | △ | | △ | | |

表9～11に本研修プログラムのコース例で示した3年間の3施設で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。どのコースであっても内容と経験症例数に偏りや不公平がないよう十分配慮します。

本研修プログラムの研修期間は、3年間としています。しかし、基本的診療能力(コアコンピテンシー)と基本的診療能力の習得が不十分な場合は修得できるまで研修期間を延長することになります。一方、subspecialty 領域の専門医取得を希望する専攻医には、必要な教育を受けることができるよう支援し、また、大学院進学希望者は臨床研修と並行して研究を開始できるよう配慮します。

表9. SR1における研修

| 研修レベル (施設名) | 診療内容の概要 | 専攻医の研修内容 | 経験予定症例数 | |
|---------------------|---|---|--|---|
| SR1 香川県立 中央病院 | 指導医数 2名 病床数 519床(リハ科病床なし) 入院患者コンサルト 約60症例/週 急性期・高度医療の現場での リハビリテーション 週1回全病棟リハ症例カンファレンス 外来:各科依頼に対応 約15例/週 術前のコンディション作り 嚥下障害・運動機能低下等 小児発達 (1) 脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期) (2) 脊椎脊髄疾患・脊髄損傷 (3) 骨関節疾患・骨折 (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) | 専攻医数 2人 担当コンサルト新患数15例/週 外来症例 指導医と適宜分担 基本的診察能力 (コアコンピテンシー) 指導医の助言・指導のもとで 別記の事項が実践できること 基本的知識・技能 指導医の助言・指導のもとで 以下の評価・検査・治療の概略 を理解し、一部を実践できること 運動学、障害学 ADL/IADL、ICF チーム医療 急性期リハビリテーション 内部障害リハビリテーション がん患者のリハビリテーション 地域医療 全身管理、 リハビリ処方、装具処方 カンファレンス統括 | (1) 脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期) (2) 脊椎脊髄疾患・脊髄損傷 (3) 骨関節疾患・骨折 (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) | 700例 210例 900例 35例 65例 10例 1200例 810例 0例 860例 400例 860例 0例 3700例 1600例 850例 8例 30例 0例 600例 0例 |

施設の概要と研修カリキュラム

* :電気生理学的診断、排尿評価については、泌尿器科、神経内科との連携により症例を経験できます。ブロック療法については痙攣に対するブロック、疼痛に対する各種ブロックなどについて、脳神経内科、緩和内科、整形外科との連携により経験できます。

表10. SR2における研修施設の概要とカリキュラム

| 研修レベル (施設名) | 診療内容の概要 | 専攻医の研修内容 | 経験予定症例数 | |
|---------------------------------------|---|--|--|--|
| SR2 かがわ総合 リハビリ テーション センター | 指導医数 1名 病床数 179床 回復期病棟 80床 障がい者病床 34床 医療型障害児入所施設 25床 療養介護施設 40床 特殊外来 医療型児童発達支援センター 福祉型児童発達支援センター 装具外来 痙縮外来 ポストポリオ症候群外来 (1) 脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (2) 脊椎脊髄疾患・脊髄損傷 (3) 骨関節疾患・骨折 (4) 小児疾患 (6) 切断 (8) その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など) | 専攻医数 2人 様々な障がいをもつ症例に対して 主治医として関わる。 基本的診察能力 (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 実践できること。 基本的知識・技能 指導医の監視のもと、評価・検 カリキュラムでAIに分類される評 価・検査・治療の大部分を実践 でき、BIに分類されるものの一 部について適切に判断し、専門 診療科と連携できること。 基本的知識: 運動学、障害学、ADL/IADL、 ICF、社会制度、障害受容 基本的技能: リハビリ処方、装具処方 各種検査・治療 等 | (1) 脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (2) 脊椎脊髄疾患・脊髄損傷 (3) 骨関節疾患・骨折 (4) 小児疾患 (6) 切断 (8) その他(廃用症候群、がん、 疼痛性疾患など) | 110例 30例 10例 30例 10例 15例 電気生理学的診断 言語機能の評価 認知症・高次脳機能の評価 摂食・嚥下の評価 排尿の評価 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 ブロック療法 |

表11. SR3における研修施設の概要とカリキュラム

| 研修レベル (施設名) | 診療内容の概要 | 専攻医の研修内容 | 経験予定症例数 | |
|----------------|---|---|--|--|
| SR3 高松協同病院 | 指導医数 1名 回復期リハビリテーション病棟85床 外来 50症例/週 装具外来(火,木)10症例/週 訪問リハ診療 5症例/週 回復期リハビリテーション 生活期リハビリテーション 地域連携 チーム医療 | 専攻医数 2人 担当病床数 15床 担当外来 10症例/週 担当装具外来 2症例/週 担当訪問リハ診療 2症例/週 基本的診察能力 (コアコンピテンシー) 指導医の助言・指導なしでも 別記の事項が迅速かつ状況に 応じて的確に実践できること。 | (1) 脳血管障害・ 外傷性脳損傷など (急性期) (2) 脊椎脊髄疾患・脊髄損傷 (3) 骨関節疾患・骨折 (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) | 360例 20例 180例 10例 50例 5例 50例 40例 電気生理学的診断 言語機能の評価 認知症・高次脳機能の評価 摂食・嚥下の評価 排尿の評価 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 ブロック療法 |

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との相互評価は、施設群による研修とともに専門研修プログラムの根幹をなすものです。

専門研修 SR の1年目、2年目、3年目の各々に、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・技能の習得目標を設定し、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。
- 指導医は「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。「実地経験目録様式」は、6か月に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か月ごとに上書きしていきます。
- 3年間研修の総合的な終了判定は、研修プログラム総括責任者が行います。専攻医は、この終了判定を得たのちに専門医試験受験のため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

基幹施設である香川県立中央病院には、本研修プログラム管理委員会と統括責任者を置きます。連携施設には研修担当者と委員会組織が置かれます。関連施設には研修担当者を置きますが、委員会組織は必要ではありません。本研修プログラム管

理委員会は、統括責任者(委員長)、副委員長、事務局代表者、および各研修施設(連携施設・関連施設)の担当委員で構成されます。

本研修プログラム管理委員会の主な役割は、以下の通りです。

- ① 研修プログラムの作成・修正を行う
- ② 施設内の研修だけでなく、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う
- ③ 指導医や専攻医の評価が適切かどうかを検討する
- ④ 研修プログラムの終了判定を行い、終了証を発行する

基幹施設の役割

基幹施設は研修施設群(連携施設群・関連施設群)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、本研修プログラム管理委員会を代表して、専攻医の研修成果の統括的評価を行い、終了判定を行います。また、同じく、研修プログラムの改善を行います。

連携施設・関連施設の委員会組織

各研修施設(連携施設・関連施設)には本研修プログラム研修担当者と委員会組織を置きます。委員会は、所属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を評価します。本研修プログラム連携施設・関連施設の担当者は、所属施設内の委員会組織を代表し、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

専門研修の基幹施設および連携施設・関連施設の責任者は、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、その内容は本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

本研修プログラムをより良い研修プログラムにするために、専攻医からの意見を重視して研修プログラムの改善を行います。

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、毎年次に指導医、研修施設、本研修プログラムに対する評価を行います。また、指導医も研修施設、本研修プログラムに対する評価を行います。これらの評価は質問紙への回答として本研修プログラム管理委員会に提出してもらい、研修プログラムの改善に役立てます。

本研修プログラム管理委員会がプログラムの改善が必要と判断した場合には、研修施設の実地調査と指導を行います。評価に基づいて行った改善事項について毎年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は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、本研修プログラム管理委員会は研修プログラムの改良を行います。本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. 終了判定について

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います。

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

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。本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を申請してください。

15. 本研修プログラムの研修施設群について

専門研修基幹施設

香川県立中央病院が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設・関連施設

日本専門医機構のリハビリテーション科研修委員会の規定により、本プログラムに参加する研修施設は連携施設群と関連施設群に分かれます。研修の際には各施設と雇用契約を結びます。

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科を院内外に標榜している病院または施設です。6か月から1年間のローテート候補施設です。

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施設です。3か月間以内のローテート候補施設です。指導医が定期的に訪問するなどの適切な指導体制をとる必要があります。

ローテートの例は表12を参考にしてください。

連携施設

- ・ 香川大学医学部附属病院
- ・ かがわ総合リハビリテーションセンター
- ・ 社会医療法人財団大樹会 総合病院回生病院
- ・ 医療法人社団 新進会 おさか脳神経外科病院
- ・ 医療法人財団 博仁会 キナシ大林病院
- ・ 香川医療生活協同組合 高松協同病院
- ・ 独立行政法人 国立病院機構 四国こどもとおとなの医療センター
- ・ 独立行政法人 労働者健康福祉機構 香川労災病院

関連施設

- ・ 香川県厚生農業協同組合連合会 滝宮総合病院
- ・ 医療法人社団和風会 橋本病院
- ・ 医療法人社団研宣会 広瀬病院
- ・ 香川医療生活協同組合 高松平和病院
- ・ みとよ市民病院

表12. 研修施設ローテーション例

| 1年目 | 2年目 | 3年目 |
|--|---|--|
| | 香川県立中央病院/かがわ総合リハビリテーションセンター それぞれ 12か月間 | 香川大学医学部付属病院 高松協同病院 それぞれ 6か月間 |
| 香川県立中央病院/かがわ総合リハビリテーションセンター それぞれ6あるいは 12か月間 | | 香川大学医学部付属病院/高松協同病院 それぞれ 6か月間か12か月間 〈選択〉香川大学医学部付属病院/高松協同病院 総合病院回生病院/香川労災病院/おさか脳神経外科病院 キナシ大林病院/四国こどもとおとの医療センター |
| 香川県立中央病院 かがわ総合リハビリテーションセンター それぞれ 6か月間 | 〈選択〉香川大学医学部付属病院/高松協同病院/総合病院回生病院 おさか脳神経外科病院/キナシ大林病院/香川労災病院 四国こどもとおとの医療センター | |

研修は基本的に香川県立中央病院で始まります。専攻医の人数、専攻医の希望により、かがわ総合リハビリテーションセンターで開始とする場合があります。

〈選択〉の期間には、香川大学医学部付属病院での6か月間以上の研修を含めます。関連施設での3か月間以内の研修も組み込み、研修スケジュールを作成します。

専門研修施設群の地理的範囲

香川県は日本一狭い県です。香川全域専門研修プログラムの専門研修施設群は、香川県全域にありますが、自家用車で約1時間の圏内にあります。比較的長期間の研修を行う基幹施設および連携施設群については、社会医療法人財団大樹会総合病院回生病院が坂出市、独立行政法人 国立病院機構 四国こどもとおとの医療センターが善通寺市、独立行政法人 労働者健康福祉機構 香川労災病院が丸亀市にあり、その他の施設は高松市とその近隣部にあります。

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資格を取得した医師は、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が、検討中です。

17. 専攻医の受け入れ数について

当研修プログラムが受け入れる専攻医は、毎年 2 名とします。

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、日本リハビリテーション医学会専門医制度により、当該年度の指導医数×2と決められています。本研修プログラムにおける専攻医受け入れ可能人数は、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。本プログラムの指導医として、基幹施設に 4 名、プログラム全体では 15 名の指導医が在籍しており、専攻医に対する指導医数には十分余裕があり、専攻医の希望によるローテートのばらつき(研修病院の偏り)に対しても十分対応できます。

また、受け入れ専攻医数は、本研修プログラムの研修施設群全体の症例数が専攻医の必要経験症例数に対しても十分であるよう配慮して決められています。

18. リハビリテーション科研修の休止・中断、プログラムの移動、 プログラム研修の条件、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、柔軟に専門研修プログラムを調整します。指導医、専攻医とも目標達成のため努力しましょう。
- 3)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担当委員会への相談などが必要です。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て対応します。
- 4)他の研修プログラムの施設で国内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、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)留学や臨床業務のない大学院在学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、臨床診療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。

す。

6) 専門研修期間の、出産・育児・疾病・介護・留学等でのプログラムの休止については、全研修期間の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しますが、6か月を超える場合には研修期間を延長します。

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の指導医は、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。ただし、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)をすべて満たしていること。
- 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。
- 専門医資格取得後、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します。また、指導医は指導した専攻医から、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。指導器講習会の受講は、指導医認定や更新のために必須です。

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

専攻医は、日本リハビリテーション医学会の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。

本研修プログラムの基幹施設である香川県立中央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います。評価者は、『1. さらに努力を要する』の評価をつ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。

21. 研修に対するサイトビギット(訪問調査)について

専門研修プログラムの研修施設に対して、日本専門医機構からのサイトビギットがあります。サイトビギットにおいては、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、プログラムの改良が必要であれば指示されることになります。

22. 専攻医の採用と研修の修了について

採用方法

本研修プログラム管理委員会は、毎年7月から香川県立中央病院の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門医を募集します。研修プログラムへの応募者は、10月末までに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『香川全域旅游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下さい。申請書は以下のいずれかの方法で入手可能です。

- 1) 香川県立中央病院の Website (<http://www.chp-kagawa.jp>) よりダウンロードする。
- 2) 電話での問い合わせ、依頼する。(087-811-3333)
- 3) e-mail で問い合わせ、依頼する。(fr3105@pref.kagawa.lg.jp)

原則として 11 月に試験および面接を行います。採否については 12 月に決定して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(P20)を参照ください。