

金沢大学拠点（石川県・富山県）

リハビリテーション科専門研修プログラム

2020年度以降版

（2019年5月作成）

目次

I リハビリテーション科専門医の育成について

- I-1 リハビリテーション科専門医とは？ … p. 1
- I-2 専門研修プログラムの理念・目的・使命
- I-3 研修過程の概要、専攻医の獲得目標 … p. 2
- I-4 複数施設群で研修を進める考え方
- I-5 地域医療についての考え方 … p. 3

II 当専門研修プログラムについて

- II-1 特色 … p. 4
- II-2 研修目標
 - ◇習得すべきコアコンピテンシー … p. 5
 - ◇学問的姿勢の習得
 - ◇地域医療の経験 … p. 6
- II-3 研修過程・研修項目 … p. 7
 - ◇当研修プログラムの年間全体行事
 - ◇研修ローテーションコースについて … p. 8
 - ◇年次毎の目標、年次毎の研修計画 … p. 9
 - ◇経年的な研修経験量の予想 … p. 10
- II-4 研修プログラムを構成する施設
 - ◇各施設の概覧 … p. 15
 - ◇各施設の週間スケジュール … p. 17
 - ◇各施設の特徴 … p. 20
- II-5 専攻医の就業環境 … p. 26
- II-6 専攻医の受け入れ数 … p. 29
- II-7 修了判定について（専攻医が修了に向けて行うべきこと） … p. 30
- II-8 サブスペシャリティ領域との連続性
- II-9 研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修
- II-10 大学院 … p. 31

III 当専門研修プログラムの運営体制など

- III-1 専門研修の評価 … p. 32
- III-2 専門研修管理体制
- III-3 専門研修プログラムの改善方法 … p. 33
- III-4 専門研修指導医の認定要件
- III-5 各種マニュアル、研修実績記録・評価記録など … p. 34

IV 専攻医の応募・採用・修了

- IV-1 当プログラムへの応募方法・採用方法 … p. 35
- IV-2 当プログラムの修了

V 日本リハビリテーション医学会への入会

… p. 36

I リハビリテーション科専門医の育成について

I-1 リハビリテーション科専門医とは？

病気・外傷・加齢などに伴う機能障害に対し医療施設で行われるリハビリテーション医療（障害予防、機能回復、活動性の向上）に関し、これをより質の高い内容で提供する知識や技術等をもつ医師です。機能障害のある方々の生活の自立度や活動性を高め、その人の暮らしを生涯にわたってサポートすることを目指します。

●臨床：

現場では、自らの診察評価結果ほか、メディカルスタッフの意見を集約し、チームとしての見解（目標：ゴールの設定と前向き治療計画）を導く役割を担います。治療経過では、必要に応じて適宜軌道修正も行いつつ、ゴール指向型の治療を推進させます。リハビリテーション科医は、そのチーム医療の舵取り（判断と指示）を担う必要があります、チーム力をもって最善の治療戦略を提供することを優先的に考える医師となります。

このようなスタイルの医療システムを定着させることは、良質なりハビリテーション医療を提供するため大変重要です。リハビリテーション科医にはシステムが定着していない多くの施設にこれを浸透させていく役割も担います。

また従来、非侵襲的治療のみであったリハビリテーション医療分野に、必要に応じ侵襲的な評価手段や治療法を行使していくことも重要な役割です。

●研究：

リハビリテーション医療を続けると、その医療の限界など、様々な壁にぶつかるはずですが、問題点を改善したい、解決したい、という気持ちは医師として自ずと生まれるものです。その気持ちが、研究課題やライフワークを持つことにつながります。リハビリテーション科医の研究心は、リハビリテーション医療の発展のために欠かせないものです。

I-2 当専門研修プログラムの理念・目的・使命

『リハビリテーション科専門研修カリキュラム』は、日本専門医機構の指導のもと、日本リハビリテーション医学会が中心となり策定したものです。

【理念】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へも社会貢献すること。

【目的と使命】リハビリテーション科専門医の育成を通じ、国民に良質なりハビリテーション医療を提供し、国民の健康・福祉に貢献する。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・教育にも尽力する。

研修プログラムを介するリハビリテーション科専攻医の指導では、

- ・ 専門医に必要な基本的診療能力（コアコンピテンシー）の習得（表1）
- ・ リハビリテーション科領域の専門的診療能力の習得

などを図り、リハビリテーション科領域における、

- ・ 知識・技能・態度と高い倫理性を備える専門医
- ・ 標準的な医療を提供できる専門医
- ・ 患者に信頼され、プロ意識・誇り・責任感を持てる専門医の育成に努める。

表1 リハビリテーション科専門医に必要な基本的診療能力

- 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（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
- 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
- 5) 臨床の現場から学ぶ技能と態度を修得している
- 6) チーム医療の一員として行動できる
- 7) 後輩医師に教育・指導を行うことができる

I-3 研修過程の概要、専攻医の獲得目標

リハビリテーション科専門医は、臨床研修2年間および専門研修3年間の計5年間の研修で育成します。専門研修を受けるには、保険医の所持、および臨床研修の修了が必須です。なお、臨床研修中におけるリハビリテーション科選択は必須ではありません。また、臨床研修中のリハビリテーション科選択をもって全体5年の研修期間を短縮することはできません。

専門研修過程では、専門医に求められるコアコンピテンシー（基本的診療能力。表1）および専門研修カリキュラムに準じ、経験・修得目標（表2、3、11～14頁）を年次ごとに設定し、各年度末に達成度を評価しながら研修を進めていきます。研修コースの違いにより専攻医間の経験差のばらつきを実感する場合があります。これは、3年間の研修プロセスを個別に調節しているためです。3年間の全体を通し最終的には全員が同等の経験量・経験内容になるので、心配無用です。

専攻医が獲得すべき目標の大項目は次のとおりです。

総論 I. 概念・基礎科学

〃 II. リハビリテーション診断

〃 III. リハビリテーション治療

〃 IV. 学術的活動

〃 V. 医療倫理・社会性など

各論 VI. 経験すべき症例（疾患別に9領域）

大項目ごとに、経験すべき事項が小項目で挙げられています。また、すべての項目の中に、専門研修プログラム修了の絶対条件（必須項目）があります。概要は表2、3（11～14頁）にまとめましたが、詳細は必ず「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」で確認して下さい。研修カリキュラムでは、経験すべき事項の各々に対して年次ごとの到達レベル（A、B、C）も示されています。

I-4 複数施設でプログラム研修を行う考え方

リハビリテーション医療は対象となる疾病および障害像が多彩多様であり、また急性期、回復期、維持期（生活期）と時間軸でも幅広い領域を抱えます。3年ですべてを習得するのは不可能ですが、この3年間はリハビリテーション医療全体をコンパクトに経験できるearly exposureの好機と考えてください。4年後にリハビリテーション科の『専門医』としてスタートするための基盤作りの期間です。

専門研修プログラムは基幹施設（※1）、連携施設（※2）、関連施設（※3）の複数の病院施設群で構成しています。研修ローテーションコースには基幹施設が必ず含まれ、連携施設が組みこまれ、必要に応じ関連施設を研修に活用します。

※1 基幹施設：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で、リハビリテーション

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おり、研修内容に関する日本専門医機構による監査・調査に対応できる病院または施設。

※2 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。

※3 関連施設：リハビリテーション科の指導医が常勤していないため連携施設の基準を満たさないが、リハビリテーション科専攻医の専門研修にとって様々な意味での価値があり、基幹または連携施設の指導医が定期的に訪問するなど適切な指導体制をとれば、研修プログラムの補完的役割や、ときには特殊な研修意義を担う施設。

研修期間の内訳に関する必須条件として、次の3つがあります。

- 基幹施設での研修期間を原則6か月以上24か月以内とする。
- 一つの連携施設での研修期間が3か月未満とならないようにする。
- 病棟主治医経験の期間を原則12か月以上（6か月以上必須）とする。この中に回復期リハビリテーション病棟での主治医経験を6か月以上含める。

臨床医として自己を高めるため、「調べる」、「学ぶ」、「探求する」の気持ちは生涯必要です。これは、一例一例を深く考え、広く論文収集し、論文等にまとめることで身につきます。そのため、大学病院あるいはこれに相当する施設での一定期間の研修を必須としています。

I-5 地域医療についての考え方

リハビリテーション科専門医には、地域に暮らす住民・患者・障害者の生活を守る使命があります。研修では、専攻医の時から地域の医療事情や課題に関心を持ち、リハビリテーション科医としてすべきことを自ずと考えられる専門医育成をねらいます。なお、研修期間中では「地域医療の経験」として最低限の必須研修量を、具体的に次のように専攻医に求めています。

- のべ2週間（平日勤務）以上とする。連続した勤務とは限らず、例えば月に2回を5か月以上などでもよい。

すなわち、3年間のうち最低限、平日勤務10日分相当の経験量に相当します。具体的な研修内容には、臨床現場経験（介護保険関連など）、地域医療連携活動への参加、地域医療に関する社会活動への参加、講習会・研修会参加などがあり、以下の習得が目標となります。

- ・ 地域住民の生活活動や生活の質QOLを適切に評価できる力量と、問題点に対して適切に対応できる医療技術の基礎
- ・ 地域医療の問題点や課題をリハビリテーション医療の見地から把握あるいは追究する基礎的な力量

Ⅱ 金沢大学拠点（石川県・富山県）リハビリテーション科専門研修プログラムについて

Ⅱ-1 特色

当研修プログラムは、金沢大学附属病院（金沢市）が昔からカバーしてきた地域（能登地区含む石川県・富山県中西部）を意識して構築した、2県にまたがる研修プログラムです。8連携施設、石川県の2関連施設で構成しています。回復期リハビリテーション病棟は7つの連携施設が保有しています。3年間のローテーションコースには多様な選択肢が考えられます。専攻医の研修過程に不足領域が生じて、柔軟かつ臨機応変にカバーできる規模を有しています。全体の特色は以下の通りです。



1. 専攻医一人一人の臨床経験を豊富とするため、当プログラムが抱える指導医数や症例数に比し、募集専攻医数を少なく設定。
2. 大都市圏の医療風土ではなく、過疎の現実も身近に経験される、いわゆる「地方」の医療風土。当プログラムは、地方にてオールラウンドに活躍できるリハビリテーション科臨床医の育成を目指す。
3. 北陸三県下では、リハビリテーション科専攻医育成に関わっているすべての基幹病院・大学病院が、相互に協力連携し、補填しあう運営体制がある。

当プログラムは、「国民が受けることのできるリハビリテーション医療の向上」、「障害者を取り巻く福祉分野での社会貢献」を理念・使命とする日本専門医機構・リハビリテーション科研修委員会監修のプログラム制度に準拠しています。また、本プログラム修了によってリハビリテーション科専門医認定の申請資格基準が満たされます。

Ⅱ-2 研修目標

研修期間中は当プログラムの指導医が皆さんの指導・教育にあたりますが、当プログラムでは「主体的に学び、考える」姿勢を身につけた、生涯にわたって高みを求め続けられる専門医育成を目指しています。当プログラムの指導者は、皆さんの主体的な姿勢・行動を支援しますので、当研修期間中、皆さんは決して受け身にならず、診療活動も学術活動も能動的そして積極的に進めてください。

リハビリテーション科の専攻医が習得すべき内容は、「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」では大きく以下のように分類されています。

医師に必要なコアコンピテンシー	…表 1（2頁）
総論 I. 概念・基礎科学	…表 2（11頁）
“ II. リハビリテーション診断	… “
“ III. リハビリテーション治療	… “
“ IV. 学術的活動	…表 2（続き）（12頁）
“ V. 医療倫理・社会性など	… “
各論 VI. 経験すべき症例（疾患別 9 領域）	…表 3（13～14頁）

大項目のうち、ここではいくつかを選んで説明を加えます。

注意：当研修プログラムは「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」に準拠しています。プログラム修了に必要な3年間の課題・必須経験など、各大項目の詳細は必ず「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」で確認して下さい。

◇習得すべきコアコンピテンシー

医師に必要なコアコンピテンシー（基本的診療能力）は、態度、倫理性、社会性などに
つき、次の7事項があります。 …表1（2頁）

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

患者・家族との良好な関係をはぐむため、および医療関係者と良質なチーム医療を推進するため、コミュニケーション能力は大変重要です。基本的なコミュニケーションは、初期臨床研修で取得されるべき事項です。リハビリテーション科専攻医としては、障害受容に関することなど心理状態への配慮も要する非常に高度なコミュニケーション能力・技術を身に付ける必要があります。

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

医療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・家族から信頼される知識・技能および態度を身につける必要があります。

3. 診療記録の適確な記載ができること

これは初期の臨床研修で習得されるべきですが、とくにリハビリテーション科は、診療技術と同等に、コミュニケーション技術（患者・家族へのわかりやすい治療説明や状況説明、あるいは患者・家族側からの説明など）にも重点を置いています。患者・家族との説明・同意の内容を混じえ、適確な診療記録記載が大変重要です。

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

身体機能・認知機能の障害を持つ患者を対象とすることが多いため、倫理的な配慮をできる能力が求められます。また、対象患者の医療安全対策、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

現場から学び続けることの重要性を認識し、身につける必要があります。

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和重要性を理解し、チームリーダーとして活動できることが求められます。関連する医療スタッフとの協調、チーム内での治療方針の統一をはかる能力が求められます。また、普段から時間遵守など、基本的ルールから逸脱した行動をしないことも大切です。

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る必要があります。形成的指導が実践できるよう、学生や初期研修医および後輩専攻医に受け持ち患者を担当してもらい、指導医とともに後輩医師の教育・指導も担ってもらいます。

◇学術的活動（学問的姿勢の習得）について

リハビリテーション医療向上への貢献が期待されている同専門医は、医学・医療の進歩に遅れることなく常に自己研鑽・自己学習し自己の技量を高め、また臨床研究等にも積

極的に関わる必要があります。日常診療で浮かぶ疑問を主体的に学び解決しようとする姿勢や、未解明課題について臨床研究に参加・企画し解決しようとする姿勢が求められます。自己精進と社会貢献の心を育むため、以下のような機会を活用して下さい。

臨床カンファレンス

研修施設ごとに独自に週間スケジュールが組まれています。情報共有と治療方針決定に多職種が関わるカンファレンスは研修項目としても重要項目であり、その運営能力はリハビリテーション科医に強く要求される資質です。専攻医は積極的に意見を述べ、メディカルスタッフからの意見を聴き、議論し、具体的な障害状況の把握、リハビリテーションゴール設定、退院に向けた準備などの方策を学ぶよう努めて下さい。

病棟回診・院内回診

自科が担当している患者の全体像を把握する好機です。その時の同僚医師・メディカルスタッフとの意見交換が多いほど、知識や経験はより深まります。また、独断的な医療スタイルに陥るリスクを回避できます。

グループ勉強会（抄読会など）

研修施設ごとに独自に開催実施されています。参加すれば、抄読の当番制などグループ強制力の力も借り、学習の継続性を維持できます。また、グループ勉強会は、意外な最新知識や診療Tipsなどが手軽に得られる好機となることがあり、大いに活用すべきです。

学術活動（学会参加、学会発表、論文投稿）

参加するだけでなく、人前での発表や論文投稿を積極的に行い、研究成果をまとめて公に伝える経験を重ね、批評も真摯に受ける姿勢を身につけてください。当プログラムでは、基幹施設（金沢大学附属病院）での研修期間を中心に学術活動に関するトレーニングを積んでいただきます。なお、P. 12表に示した通り、3年の研修期間中の必須項目として「日本リハビリテーション医学会が開催する学術集会（年次学術集会、秋季学術集会、地方会）での主演者としての発表2回」、「そのうち1回は年次学術集会または秋季学術集会であること」が求められています。

知識・技能の習得に関するその他

北陸三県内で開催される関連するセミナー・講習会などの開催情報は基幹施設や連携施設に集まりやすく、また、基幹施設・連携施設が主催しているものもあります。このようなセミナー等への積極的な参加を推奨します。

経験症例数の少ない領域に関しては、習得を現場経験だけに委ねるのではなく、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への参加（病態別実践リハビリテーション研修会等）や、同学会が提供する e-learning 等の履修によって不足している経験を補ったり、あるいはより深く学習したりするよう努めてください。

- 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
- 指導法や評価法などの教育技能
- 臨床研究実施に関する講習会（個人情報保護・研究倫理、利益相反含む）

◇地域医療の経験について

リハビリテーション科専門研修カリキュラムが示す「地域医療についての考え方」（3頁）に基づき、当研修期間中に地域医療・地域連携・地域リハビリテーションなどの経験・研修ができる体制を整えています。

当研修プログラムでは、規程の「最低平日勤務10日分」を十分に上回る形で用意しています。具体的には、以下のような形で地域医療の経験を積むことが可能です。

臨床現場経験：

- ・生活期患者の外来診療。担当MSW、担当ケアマネージャーとの意見交換
- ・介護認定医師意見書の記載
- ・通所・訪問リハビリテーション、訪問診療（介護保険）
- ・住宅改修のための家屋訪問 など

その他：

- ・北陸四大学リハビリテーション部門合同研究会
- ・北陸がんのリハビリテーション研究会
- ・義肢装具等適合判定医師講習会への参加推奨
- ・当地域で開催される関連のあるセミナー等への参加 など

「Ⅱ-4. 研修プログラムを構成する施設について」（15～25頁）では、各施設で経験できる地域医療に関する内容も紹介しています。

Ⅱ-3 研修過程・研修項目

当プログラムの研修期間は3年間です。ただし、3年間での修得が不十分な場合は、修得が完了するまで研修期間を延長することになります。

Subspecialty領域専門医の取得を希望する専攻医には、それに必要な教育につき、今後の動向に応じて当研修期間の中で整えていく予定です。 …Ⅱ-8（30頁）

臨床系大学院への進学希望者には、臨床研修と平行して大学院研究を開始することを推奨します。 …Ⅱ-10（31頁）

◇当研修プログラムの年間全体行事 （※SR：専攻医）

4月 専門研修開始

研修修了SR：専門医認定一次審査（書類提出：日本専門医機構リハビリテーション科研修委員会宛）

研修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

7月 研修修了SR：専門医認定二次審査（筆記試験、面接試験）

9月 全SR：研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙作成（中間報告）
次年度専攻医の募集開始

11月 SR1/SR2：次年度希望アンケート提出（専門研修プログラム管理委員会宛）

12月 次年度専攻医の内定

3月 全SR：研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙作成（年次報告）

全SR：研修プログラム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（SR3分の提出は当月中、SR1/SR2分の提出は翌月）

研修プログラム連携委員会の開催

- ・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

研修プログラム管理委員会の開催

- ・SR3：専門研修プログラム修了判定
- ・次年度について

<参考> 代表的な関連学会の開催時期 (※時期は目安)

○日本リハビリテーション医学会年次学術集会	6月頃
日本心臓リハビリテーション学会	7月頃
日本運動器科学会	7月頃
○日本リハビリテーション医学会北陸地方会(金沢市)	8月末～9月初
日本摂食嚥下リハビリテーション学会	9月頃
日本臨床神経生理学会	10～11月頃
○日本リハビリテーション医学会秋季学術集会	11月頃
日本義肢装具学会	11月頃
日本脊髄障害医学会	11月頃
日本高次脳機能障害学会	12月頃
○日本リハビリテーション医学会北陸地方会(金沢市)	2月末～3月初

◇研修ローテーションコースについて

基幹施設と連携施設の組み合わせでローテーションコースを決定します。関連施設には常駐することはありません。以下、コース例を示します。

	1 年次		2 年次		3 年次	
	前半	後半	前半	後半	前半	後半
各施設 1 年ずつ の場合	基幹施設 12 か月		連携施設 X 12 か月		連携施設 Y 12 か月	
	連携施設 X 12 か月		連携施設 Y 12 か月		基幹施設 12 か月	
	基幹施設 6 か月	連携施設 X 12 か月		連携施設 Y 12 か月		基幹施設 6 か月

基幹在籍短期 (6～9 か月) の場合	基幹施設 6 か月	連携施設 X 18 か月		連携施設 Y 12 か月
	基幹施設 9 か月	連携施設 X 15 か月		連携施設 Y 12 か月

2 施設研修 の場合 (基幹 18 か月と します)	基幹施設 18 か月		連携施設 18 か月	
	連携施設 18 か月		基幹施設 18 か月	
	基幹施設 12 か月	連携施設 X 18 か月		基幹施設 6 か月

- ローテートコースは、基幹施設を含め3年間で2～3施設とし、ひとつの連携施設における連続の在籍期間は12か月以上とします。なお、ローテートする連携施設を3施設以上となるコースはありません。
- 各専攻医がどの連携施設をローテートするかは、専攻医の意向を踏まえ、当専門研修プログラム委員会で最終決定します。
- 連携施設での研修中には、月1回の基幹施設への帰学日を設けます。

- 関連施設については、連携施設での研修で一部の領域（とくに各論領域の脳性麻痺児、小児難病）の経験が不足していると判断した場合、これらについて関連施設での研修機会を設定します。原則、基幹施設（金沢大学）在籍中に行います。なお、経験不足がなくとも、専攻医が関連施設でのさらなる経験を希望する場合、本来の経験すべき過程に影響のないやり方で研修機会を設定する用意もあります。

当プログラムは下記の施設群で構成されています。基幹・連携・関連施設の説明については2～3頁（I-4）をご覧ください。

■基幹施設

（石川中央）金沢大学附属病院

※（ ）は二次医療圏

■連携施設

（能登中部）董仙会 恵寿総合病院

（石川中央）石川県済生会金沢病院

（石川中央）藤井脳神経外科病院

（石川中央）石川勤労者医療協会 城北病院

（南加賀）勝木会 やわたメディカルセンター

（富山）富山県リハビリテーション病院・こども医療センター

（富山）アルペンリハビリテーション病院

（砺波）市立砺波総合病院

■関連施設

（石川中央）金沢こども医療福祉センター

（石川中央）国立病院機構 医王病院

◇年次毎の目標、年次毎の研修計画

- ・ 研修プログラムは、各専攻医の研修の達成目標と達成度を毎年の評価しながら進めます。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。
- ・ とくに、各論の9領域全般にわたり、最低条件を満たしながら経験できているか（表3、13～14頁）を意識しながら、研修を受けてください。
- ・ 指導医の助言・指導のもと、専攻医には、日々の臨床を通し達成すべき項目を着々と実践していく姿勢が求められます。学会や研究会では、自身の発表のほか、発表者に対する質問など討論への積極的参加も意識してください。

※ 詳細は必ず「リハビリテーション科専門研修カリキュラム」で確認して下さい。

<専攻医1年目の習得目標>

◆コアコンピテンシー（基本的診療能力）

…表1（2頁）

7事項につき指導医の指導のもと、着実に習得を心掛ける。

◆リハビリテーション診断・リハビリテーション治療

…表2（11頁）

研修カリキュラムでAとなっている項目の概略を理解し、指導医の指導のもと、その一部を実践できる。

<専攻医2年目の習得目標>

◆コアコンピテンシー

7事項につき指導医の監視のもと、効率的かつ思慮深くできる。

◆リハビリテーション診断・リハビリテーション治療

指導医の監視のもと、研修カリキュラムでAの大部分を実践でき、Bの一部を適切に判断し専門診療科と連携できる。基本的診療能力の向上に加え、基本的知識・技能を幅広い経験として増やす。診療スタッフへの指導にも参画する。特に1年目で経験できなかった技能や疾患群を把握し、その治療に積極的に参加する。

<専攻医3年目の習得目標>

◆コアコンピテンシー

7事項につき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。

◆リハビリテーション診断・リハビリテーション治療

指導医の監視なしでも、研修カリキュラムのAについて中心的な役割を果たし、Bについて適切に判断し専門診療科と連携でき、Cについては概略を理解し経験している。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、チーム医療の牽引力を発揮する。

◇経年的な研修経験量の予想

表2、3（11～14頁）の太線より右側の数値は、当研修プログラムの3年間のローテーションによる研修で、一人の専攻医が遭遇する症例の経験機会の予測を示しています。（※ここでは、1年次を基幹施設（大学）で研修し、2年次、3年次を1年間ずつ連携施設で研修した場合を例にして提示）

実際、必ずしも表のとおり経験できるわけではなく、研修コースの違いや研修経過で遭遇する患者層の違いなどの影響で、研修経過中は専攻医間の経験内容や量に差が感じられることは避けられません。ただし、目安として示した数値からわかることは、当プログラムで経験できる症例数は非常に多いことです。3年間全体では、どの研修コースであっても、専攻医間の最終的な経験内容や量は同じであり、研修内容に偏りは生じません。また、当プログラムには、専攻医の不足経験を迅速に補える規模があります。北陸三県内の他の専攻医育成プログラムとも協力提携していますので、専攻医は経験達成不足の可能性などを過剰に心配することはありません。

逆に、専攻医のみなさんに、どのような症例を「主治医」として主体的に経験してもらうか、適切で偏りのない研修経験とするためには、研修運営側による適宜調整が重要と考えています。そのため、各専攻医は、自ら率先して自身の経験達成経過を指導者に伝えて下さい。そのことで指導者側は、各専攻医の不足分や偏りに対して早い段階から対処することができ、適切な研修配分を考えることができます。指導者は、経過中の研修内容（経験技術・経験症例など）を適宜調整しながら最終的な経験内容・経験症例数に偏りが生じないようにします。研修経過を定期的に指導医に報告しながら、安心して研修を進めてください。

表2 専攻医が経験すべき項目（総論）

中央欄の数値：求められている最低限の経験数

太線より右欄の数値：当プログラムの研修課程で遭遇する経験機会の概数（達成目標数ではない）（※1年次が金沢大学付属病院の研修である場合を例に提示）

総論	経験すべき 最低件数	専攻医		
		1年次	2年次	3年次
I. 概念・基礎科学				
1. リハビリテーション医学の理念・意義・対象・仕組み	1	講義		
2. 臨床解剖学	1	症例経験に伴い随時		
3. 臨床生理学	1			
4. 運動学、バイオメカニクス	1			
II. リハビリテーション診断				
1. リハビリテーション診察	1	100	100	100
2. 意識障害の診断	1	20	20	20
3. 運動障害の診断	1	100	100	100
4. 感覚障害（疼痛を含む）の診断	1	20	20	20
5. 言語機能障害の診断	2	10	30	30
6. 認知症・高次脳機能障害の診断	2	15	15	15
7. 心肺機能障害の診断	1	80	10	10
8. 摂食嚥下障害の診断	2	60	60	60
9. 排尿障害の診断	2	1	10	10
10. 成長・発達障害の診断	1	15	2	2
11. 画像検査	1	50	50	50
12. 骨密度検査	1	5	5	5
13. 電気生理学的検査	1	12	5	5
14. 病理検査（エコー含む）	1	6	6	6
III. リハビリテーション治療				
1. 運動療法	2	500	300	300
2. 物理療法	2	20	20	20
3. 作業療法	2	250	150	150
4. 言語聴覚療法	2	20	40	40
5. 摂食嚥下療法	2	60	60	60
6. 義肢装具療法、自助具・福祉機器への対応	2	12	12	12
7. 認知療法・心理療法	1	1	1	1
8. ブロック療法	2	12	12	12
9. 薬物療法	1	5	12	12
10. 生活指導	1	60	60	60
11. 排尿・排便管理	1	2	10	10
12. 手術療法の理解	1	10	10	10
13. 栄養管理	1	5	10	10

表 2（前頁の続き） 専攻医が経験すべき項目（総論）

総論（続き）	経験すべき 最低件数	専攻医		
		1 年次	2 年次	3 年次
IV. 学術的活動				
科学的思考・論理的思考		経験症例に伴い随時		
・ Clinical reasoning	1			
・ EBMの理解・実践	1			
・ ガイドライン実践	1			
生涯学習				
・ 定期的な医学雑誌閲覧	1			
・ 学術集会・地方会の参加	3	3	3	3
・ 学術集会・地方会での発表	(※1) 2	1	1	1
・ 学会主催の講演会・研修会への参加	2	3	3	3
・ 医学研究に関する倫理の理解	1	随時（とくに大学にて）		
・ 医学研究に関する利益相反の理解	1			
・ 学術発表・論文を読み、理解する	1			
・ 適切に学術研究計画・実施	1			
・ 適切な学術発表の実施	1			
・ 適切な医学論文作成	1			
V. 医療倫理・社会性など				
医事法制の理解		研修と症例の経験等に伴い 適宜		
・ 医師法	1			
・ 医療法	1			
・ 身体障害者福祉法	1			
・ 医療保険制度	1			
・ 社会保障制度	1			
医療経済	1			
医療倫理・医療安全				
・ 医療倫理	(※2) 1	1	1	1
・ 医療安全	(※2) 1	1	1	1
医師としての態度・連携		研修と症例の経験等に伴い 適宜		
・ 態度				
・ マネジメント	1			
・ 地域連携	1			

(※1) リハビリテーション科専門医の認定要件の一つに「リハビリテーションに関連した学会の主演者の学会抄録2篇を有すること」とある。但し、主演者としての発表2回のうち、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であり、もう1回は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、または地方会学術集会のいずれかとする。

(※2) 「医療倫理」「医療安全」の研修会は、日本リハビリテーション医学会の年次学術集会および秋季学術集会の中で開催されるものを指す。

表3 疾患別9領域：各領域の経験すべき具体的症例の内容と数

各論：VI 経験すべき9領域	経験すべき 最低症例数	専攻医		
		1年次	2年次	3年次
(1)脳血管障害・頭部外傷など	15			
脳血管障害	13	20	50	50
頭部外傷	2	1	5	5
(2)運動器疾患・外傷	19			
肩関節・肘関節・手の疾患	3	20	30	30
股関節・膝関節・足の疾患	3	20	30	30
脊椎疾患・腰痛	3	10	30	30
骨折	2	2	40	40
靱帯損傷・捻挫	1	2	10	10
絞扼性末梢神経障害	1	4	10	10
脊柱変形	1	4	2	2
(3)外傷性脊髄損傷	3			
※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		2	5	5
(4)神経筋疾患	10			
パーキンソン病 ※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	2	6	6	6
筋萎縮性側索硬化症		3	3	3
脊髄小脳変性症		3	3	3
多発性硬化症		1	1	1
多発性神経炎		3	3	3
筋ジストロフィー		1	1	1
多発性筋炎、皮膚筋炎		5	1	1
ポストボリオ症候群		1	1	1
(5)切断	3			
		12	4	4
(6)小児疾患	5			
脳性麻痺	2	12	3	3
二分脊椎		0	0	1
発達障害		12	6	6
(7)リウマチ性疾患	2			
関節リウマチ	1	10	10	10
(8)内部障害	10			
循環器疾患 ※心筋梗塞・心不全・大動脈解離・弁膜疾患術後など	2	80	20	20
末梢血管障害 ※閉塞性動脈硬化症・深部静脈血栓症など	1	15	15	15
呼吸器疾患 ※肺炎・慢性閉塞性肺疾患・間質性肺炎など	2	80	20	20
腎・内分泌代謝疾患 ※腎不全・糖尿病・肥満症・メタボリックシンドロームなど	2	40	10	10

(9) その他	8				
摂食嚥下障害		1	60	60	60
不動（廃用）による合併症		1	60	60	60
がん		1	30	5	5
骨粗鬆症		1	2	20	20
疼痛性疾患 ※慢性疼痛・複合性局所疼痛症候群など		1	5	5	5
皮膚疾患 ※熱傷・褥瘡・浮腫・皮膚腫瘍など			15	5	5
認知症			10	10	10
精神疾患			3	3	3
フレイル・サルコペニア			20	20	20
ロコモティブ症候群			20	20	20
計	75				

中央欄の数値： 専攻医自らが主治医（あるいはそれ相当）として経験をすべき最低限の症例数を示す。これは研修修了の必須要件であり、上記した75経験例数を必ず含む、最低100症例の主治医経験が必要。

太線より右欄の数値： 当プログラムの研修課程で遭遇できる経験機会の概数（達成目標数ではない）。（※1年次が金沢大学付属病院の研修である場合を例に提示）

Ⅱ-4 研修プログラムを構成する施設

◇各施設の概覧（基幹施設と連携施設）

経験できるPhase（急性期・回復期・維持期）と主な項目の経験できる年間件数

※数字は各施設における1年間の概算実績症例件数（按分した数ではない）を示す。

基 金沢大学附属病院

1 恵寿総合病院

2 石川県済生会金沢病院

3 藤井脳神経外科病院

4 城北病院

5 やわたメディカルセンター

6 富山県リハビリテーション病院・こども医療センター

7 アルペンリハビリテーション病院

8 市立砺波総合病院

	基	1	2	3	4	5	6	7	8
急性期リハ(周術期リハ含む)	●	●	●	●	●	●	△	×	●
回復期リハ	×	●	●	●	●	●	●	●	×
維持期（生活期）リハ	△	●	●	●	●	●	●	△	●
(1) 脳血管障害・頭部外傷等	50	300	550	350	360	200	320	200	800
(2) 運動器疾患・外傷	600	600	580	250	400	100	220	80	1000
(3) 外傷性脊髄損傷	3	12	24	20	16	20	20	2	30
(4) 神経筋疾患	50	50	70	20	26	20	80	2	50
(5) 切断	28	9	6	—	4	8	8	1	12
(6) 小児疾患	(40)	12	6	—	—	30	30	—	—
(7) リウマチ性疾患	5	9	10	—	30	6	6	2	12
(8) 内部障害	1200	400	280	—	460	50	40	—	—
(9) その他(廃用・がん・疼痛等)	700	300	280	100	280	30	16	15	900
電気生理学的診断	10	70	4	—	20	50	130	—	12
言語機能評価	80	200	300	100	400	100	100	55	50
認知症・高次脳機能の評価	60	400	200	100	700	200	60	130	100
摂食・嚥下の評価	120	200	200	100	140	100	150	60	50
排尿の評価	2	—	—	—	100	50	50	300	—
義肢	12	3	4	—	2	2	4	—	2
装具・杖・車椅子	15	200	200	50	100	100	820	70	40
訓練・福祉機器	2	100	20	—	50	100	40	40	1
摂食嚥下訓練	120	180	200	100	140	100	140	130	240
ブロック療法	20	150	20	—	10	30	260	5	15

● 経験できる

△ 経験できるが充分とはいえない

× または— 研修不能。あるいは研修に値する規模などがない

() は、関連施設も活用することで経験できる数

各施設の研修設備の概況

基 金沢大学附属病院

1 恵寿総合病院

2 石川県済生会金沢病院

3 藤井脳神経外科病院

4 城北病院

5 やわたメディカルセンター

6 富山県リハビリテーション病院・こども医療センター

7 アルペンリハビリテーション病院

8 市立砺波総合病院

	基	1	2	3	4	5	6	7	8
リハ外来診療研修	●	●	●	●	●	●	●	(△)	●
病棟研修：回復期病床	×	●	●	●	●	●	●	●	×
病棟研修：一般病床	×	(●)	×	×	×	●	●	×	×
病棟研修：療養病床	×	(●)	×	●	●	×	×	×	×
脳血管リハビリテーション料	●	●	●	●	●	●	●	●	●
運動器リハビリテーション料	●	●	●	●	●	●	●	●	●
心・大血管リハビリテーション料	●	●	×	×	●	●	×	×	●
呼吸器リハビリテーション料	●	●	●	×	●	●	×	×	●
障害児者リハビリテーション料	×	×	×	×	×	×	●	×	×
難病患者リハビリテーション料	×	×	×	×	×	×	×	×	×
がん患者リハビリテーション料	●	●	●	●	●	×	●	×	●
訪問リハビリテーションの経験	×	●	×	×	●	●	●	(△)	×
通所リハビリテーションの経験	×	●	×	●	●	●	×	(●)	×
老健施設の経験	×	●	×	×	×	×	×	(●)	×

●：十分経験できる △：経験できるが十分ではない ×：ほぼ経験できない
()は、併設施設での経験を示す。

リハビリテーション医療に関係のある専攻医研修に有用な併設施設・設備など

	関連ある併設施設等	備考
金沢大学附属病院	(関連施設) 国立病院機構 医王病院	変性疾患・神経難病・小児難病
	(関連施設) 金沢こども医療福祉センター	脳性麻痺等
恵寿総合病院	健康増進施設、療養病床、障害者授産施設	
藤井脳神経外科	在宅支援医療	PRP 療法(スポーツ)
済生会金沢	石川県リハビリテーションセンター	
城北病院	在宅支援医療	
やわたメディカル	在宅支援医療、健康増進施設	国内屈指の心疾患リハ設備
富山県リハ病院	在宅支援医療、高次脳機能障害支援センター	脳性麻痺、重度障害児者
アルペンリハ病院	在宅支援医療	
市立砺波総合病院		ITB 治療、脊損急性期

◇各施設の週間スケジュール

<< 基幹施設 >>

国立大学法人 金沢大学附属病院 リハビリテーション科

	AM	PM
月	報告会・新患外来	再診外来・検査・ブロック等
火	プレッソ 報告会・病棟回診・新患外来	再診外来・検査・ブロック等
水	再診・検査・ブロック等／臨床研究	
木	カンファ 報告会・病棟回診・新患外来	再診外来・検査・ブロック等
金	再診・検査・ブロック等／臨床研究	(夕)整形外科カンファレンス

心大血管術後集団リハビリテーション

---毎日昼前

義肢・装具チェック

---木曜午前（毎週）

整形外科術後療法ラウンド

---木曜夕方（月1回）

関連施設研修（適宜訪問研修）：

国立病院機構医王病院

---難病

金沢こども医療福祉センター

---脳性麻痺、小児整形疾患

<< 連携施設（石川県）>>

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 リハビリテーション科

	AM	PM
月	外来（新患）	回復期病棟回診（整外） 抄読会
火	施設訪問	回復期病棟回診（脳外・神内）
水	外来（新患）	痙縮治療外来 脳卒中新患カンファレンス
木	外来（再診・装具外来）	嚥下外来・VE/VF 認知症回診
金	外来・訪問・プール訓練	

石川県済生会金沢病院 リハビリテーション科

	AM	PM
月		整形回診・整形症例検討会
火	ミーティング	カンファレンス
水		
木		
金		
	外来業務 回復期病棟業務（～17:00）	診療部会 抄読会・勉強会

土曜業務（月2回、午前のみ）：回復期病棟業務

連携施設（石川県） 続き

医療法人博洋会 藤井脳神経外科病院 リハビリテーション科

	AM	PM
月	外来・病棟業務	外来・病棟業務 カンファレンス 各種検査など
火		
水		
木		
金		

公益社団法人石川勤労者医療協会 城北病院 リハビリテーション科

	AM	PM
月	朝会	VE, 病棟, 医局会議, 装具カンファレンス
火		VE, 病棟
水		VE, 病棟
木		
金		VF, 回診, 嚥下カンファレンス

特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター リハビリテーション科

	AM	PM
月	回復期病棟業務 ・カンファレンス、申し送り ・回診 ・新患診察・新患カンファレンス	回復期病棟業務 ・初期、中間カンファレンス ・病状説明 VF/VE、ボツリヌス治療、EMG
火		
水		
木		
金		

水・金（午後）：リハビリテーション科外来

土（第1, 第3のみ）：回復期病棟業務

<< 連携施設（富山県）>>

富山県リハビリテーション病院・こども支援センター

	AM		PM	
月	カンファレンス	回復期病棟（～17:00） 外来	ミーティング	
火			入院時カンファレンス，嚥下カンファレンス	
水	総回診		入院時カンファレンス	
木	カンファレンス		入院時カンファレンス，装具外来	
金			入院時カンファレンス	

医療法人社団アルペン会 アルペンリハビリテーション病院リハビリテーション科

	AM		PM	
月	回復期病棟業務 ・申し送り、回診 ・新入院患者合同評価、診察 ・家族カンファレンス ・装具処方（火曜日）、VF/VE 外来（入院相談、再診）		カンファレンス	回復期病棟業務
火				・新入院患者合同評価、診察
水				・家族カンファレンス
木				・装具処方（金曜日）、VF/VE
金				外来（入院相談、再診、ボツリヌス治療）

土、日、祝日も週日と同量のリハビリテーション医療を実施している。土曜にはリハビリテーション科医が出勤し、入院を受け入れて合同評価を行い、カンファレンス、家族カンファレンスを開催する。

専門外来：整形外科（金曜午後）、泌尿器科（土曜午前）、循環器内科（水曜午後）、皮膚科（月1回）

市立砺波総合病院 リハビリテーション科

	AM	PM
月	外来（ITBリフィル含む） 嚥下造影検査 水：ボツリヌス治療外来	
火		地域包括ケア病棟カンファレンス，嚥下回診
水		がんリハカンファレンス
木		
金		地域包括ケア病棟カンファレンス

◇各施設の特徴

<< 基幹施設（関連施設を含む） >>

国立大学法人 金沢大学附属病院 リハビリテーション科

〒920-8641 石川県金沢市宝町 13-1 電話 076-265-2000（代表）

指導責任者： 八幡徹太郎（科長，研修プログラム代表統括責任者）

指導医： 八幡徹太郎
染矢富士子（保健学科作業療法学専攻教授、専門医）

【研修施設としての特色】

- ・急性期リハビリテーション、周術期リハビリテーション
- ・がん患者のリハビリテーション
- ・学術活動，研究活動

当院ではリハビリテーションの入院病棟研修はないが、院内からは入院患者を中心に年間 3,000 件を超えるリハビリテーション治療依頼がある。他施設で症例豊富な脳血管障害はむしろ少ないが、多様性に富んだ疾患・病態、および一般施設では稀な疾病・病態をリハビリテーションの立場で経験できる。周術期（心臓手術・大血管手術・肺葉切除・食道癌手術など）の患者が多いが、原則、術前から診療している。2017 年度から ICU に PT を常駐させている。がん拠点病院であり、がん患者のリハビリテーション治療数も豊富である。義足ユーザーは、すでに生活期となった膝上切断肢の義足ユーザーが当院に集まる。強皮症や間質性肺炎に対するリハビリテーションは当施設の特徴の一つである。週間スケジュールでは、症例カンファレンスを兼ねたセラピストとの合同勉強会（週 2 回）、新患報告会（週 2 回、Dr のみ）、病棟回診（週 2 回）を毎週行い、整形外科術後患者検討会（Dr、PT、OT）を月 1 回開催のほか、各病棟での合同臨床カンファレンス（Dr、Ns、担当セラピスト）、各診療科の勉強会・抄読会などは自由に参加可能としている。また、当プログラムにおける基幹施設の役割として、臨床研究や学会参加、社会奉仕活動への参加を推奨し、そのような専攻医の意欲は大いに受け入れて支援する考えである。

【リハビリテーション科病床】 なし

※関連研修施設 独立行政法人国立病院機構 医王病院

〒920-0192 石川県金沢市岩出町二 73-1 電話 076-258-1180

重症心身症児（者）、神経難病患者、および筋ジストロフィー患者を中心とする療養型病院で全 310 床を有し、人工呼吸器装着患者 100 名を超える呼吸理学療法体制もあり、他施設ではできないリハビリテーション医療が経験できる。特に筋ジストロフィー患者や神経難病患者への呼吸理学療法には力を入れており、呼吸器内科医を中心とした RST とともにチーム医療を行い、全国でも有数のレベルとなっている。リハビリテーションは入院患者および外来患者に行っており、PT6、OT4、ST2、臨床心理士 3 名で担当している。外来では発達障害児の OT および ST のチームアプローチを行っているのが特色であり、また、障害者支援施設としてデイサービスやショートステイも受けている。

関連施設責任者： 高橋和也（常勤専門医・指導医）

指導担当： 八幡徹太郎（金大）

指導補佐： 高橋和也 本崎裕子（常勤専門医）

※関連研修施設 社会福祉法人石川整肢学園 金沢こども医療福祉センター
〒920-3114 石川県金沢市吉原町口6番地2 電話 076-257-3311

脳性麻痺、ダウン症、自閉症、広汎性発達障害、ADHD、運動精神発達の遅れ、二分脊椎、整形外科的疾患、その他先天性疾患や遺伝性疾患など、障害児の医療および学業・生活支援を提供する施設として石川県の中心的な役割を担う施設であり、小児リハビリテーションに関する研修経験が豊富にできる施設である。障害児の入所支援や在宅支援施設を兼ね備えている。

関連施設責任者： 櫻吉啓介（センター長、整形外科専門医）
指導担当： 八幡徹太郎（金大）
指導補佐： 櫻吉啓介、野村一世（専門：小児整形疾患等）

<< 連携施設 >>

石川県：

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 リハビリテーション科
〒926-8605 石川県七尾市富岡町94 電話 0767-52-3211（代表）
指導責任者： 川北慎一郎（リハビリテーション科科长、副院長）
指導医： 川北慎一郎

【研修施設としての特色】

- ・急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション
- ・生活期リハビリテーション
- ・障害者授産施設などの関連施設

能登地区の救急医療の要となる病院として、数多くの脳卒中や骨折などの急性期疾患、肺炎や心疾患などの内科疾患の急性期リハビリテーションが豊富である。回復期病棟では院内転棟だけではなく他施設からの転院も引き受け、365 日リハビリテーションを実施している。また、けいじゅヘルスケアシステムとして、療養型病床・障害者施設・高齢者施設・健康増進施設などリハビリテーションと関係の深い多数の関連施設を保有するため十分量の生活期リハビリテーションを経験できる。障害者の授産施設があることや、健康増進施設を利用して生活機能改善アプローチを研究していることは当施設の特色である。そのほか、急性期リハビリテーション室と回復期リハビリテーション室が別々に設置されているのも特色である。

【リハビリテーション科病床】 回復期病床として 47 床

石川県：

済生会金沢病院 リハビリテーション科

〒920-0353 石川県金沢市赤土町ニ 13-6 電話 076-266-1060（代表）

指導責任者： 岸谷 都（リハビリテーション部部長・診療部長）

指導医： 岸谷 都
川北 整（診療部長）

【研修施設としての特色】

- ・急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション
- ・生活期リハビリテーション
- ・石川県リハビリテーションセンター

当院は 260 床の二次救急医療機関である。特に脊椎・骨関節疾患の手術件数が多く、その急性期から回復期のリハビリテーションを担当している。また、県内の救急医療機関より脳血管障害の症例は連携パスを活用して紹介され、年間約 50 例を受け入れている。回復期病棟は年間 260 例を受け入れ、自宅復帰率は 82%にのぼる。脳血管障害、運動器のリハ処方のほか、糖尿病、慢性腎不全（透析例）の内部障害のリハビリテーションを内科と連携して行っている。緩和ケア病棟が 28 床あり、がんのリハビリテーションを積極的に提供していることも特色である。スタッフ体制はリハ科専門医 2、PT19、OT10、ST5 名から成り、院内に訪問看護ステーションがあり、そこにも PT4、OT2 名を配置し生活期リハビリテーションにも力を入れている。さらに、隣接する石川県リハビリテーションセンター（岸谷指導医が次長を併任）とも連携し、障害者へより自立的な生活を提案するよう福祉用具、住環境調整に重点を置く医療活動を展開している。

【リハビリテーション科病床】 回復期病床 45 床（ほか、関連病床として緩和ケア病棟 28 床）

石川県：

医療法人博洋会 藤井脳神経外科病院 リハビリテーション科

〒920-0362 石川県金沢市古府 1 丁目 150 番地 電話 076-240-3555（代表）

指導責任者： 藤井 博之（病院長）

指導医： 藤井 博之

【研修施設としての特色】

- ・急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション
- ・生活期リハビリテーション
- ・重症なリハビリテーション患者を積極的に受け入れている

当院は診療科として脳神経外科、整形外科、外科、循環器内科、リハビリテーション科を標榜し、病床数 105 床、外来患者数 130～150 人/日、リハビリテーション科診療患者数 220 人/日にのぼる。リハビリテーション職員は PT9 人、OT7 人、ST3 人、MSW2 人で構成される。急性期病棟、回復期病棟、それぞれに適した医療及び療養環境を整備し、殊に石川県脳卒中リハビリテーションのネットワークの中で、急性期病院で初期治療を行われた重症患者の受け入れも積極的に行い、回復期病棟を有効に運営する役割を担っているのが特徴である。高齢化社会に向け、リハビリテーション機能のさらなる充実と職員の資質向上を図りながら、患者及び地域住民の生活を支えるよう努力している。

【リハビリテーション科病床】 回復期病床 40 床（ほか、緩和ケア病棟 25 床）

石川県 :

公益社団法人石川勤労者医療協会 城北病院 リハビリテーション科

〒920-8616 金沢市京町 20 番 3 号 電話 076-251-6111 (代表)

指導責任者 : 中崎 聡 (リハビリテーション科医長)

指導医 : 中崎 聡

指導補佐 : 笛吹 亘 (医長、常勤専門医)

【研修施設としての特色】

- ・急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション
- ・生活期リハビリテーション
- ・地域医療、在宅往診

当院は、高度な医療要求に応えられる技術集積と教育・研修機能を備えながら、地域の病院としてのかかりやすさを追究している。また、公益法人として無料低額診療事業を行い「差額ベッド代」を徴収していない。救急施設、内科急性期病床、外科急性期病床、回復期病床、亜急性期病床、慢性期病床（療養病床）を有し、回復期病棟だけでなく、すべての病棟、外来でリハビリテーションを行っており、幅広い病期の視点でのリハ研修が可能である。リハビリテーション科スタッフは専門医2、PT28、OT23、ST8、助手4名で構成される。365日リハを行い、訪問リハも行っている。在宅往診専門の城北クリニックが隣接し、介護保険の通所系サービスや訪問系サービスステーションが同施設内にある。地域に根ざし、地域を支えるリハビリテーションをコンセプトとしており、そういった研修が行いやすい環境がある。

【リハビリテーション科病床】 回復期病床 46 床 (ほか関連病床として療養病床 90 床)

石川県 :

特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター リハビリテーション科

〒923-8551 石川県小松市八幡イ12番地7 電話0761-47-1212 (代表)

指導責任者 : 西村 一志 (副院長)

指導医 : 西村 一志 (副院長)

池永 康規 (リハビリテーション科科长)

指導補佐 : 三苫 純子 (常勤専門医)

【研修施設としての特色】

- ・急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション
- ・生活期リハビリテーション
- ・心疾患リハビリテーション (循環器科)

当院の入院リハビリテーション医療の歴史は前身の「加賀八幡温泉病院」から続く 30 年以上の歴史があり、医師、看護師、PT、OT、ST、MSW による入院リハビリテーションチーム医療のモデルとして、依然として北陸の牽引的存在である。近年は超急性期から回復期、在宅に至るまで一貫した医療を行い、チーム医療では薬剤師、管理栄養士などもルーチンに加わり、365 日リハビリテーションを実施し、質・量ともに充実した治療を提供している。回復期病棟は訓練室と同一フロアに配置し、家庭生活を想定した治療を行える構造となっている。同一施設で在宅サービスも提供しているため在宅支援も研

修できるほか、健康増進や生活習慣病予防事業を担う隣接する健康増進施設「ダイナミック」とも連携しているため、リハビリテーションの立場から「予防医学」にも関心を持てる。さらに、心疾患リハビリテーションの周辺施設との連携体制は全国的にも有名であり、その全 Phase を一施設で経験できる。

【リハビリテーション科病床】 97 床（うち回復期病床 43 床）

富山県：

富山県リハビリテーション病院・こども支援センター

〒931-8517 富山県富山市下飯野 36 電話 076-438-2233

指導責任者： 坂本 尚子（リハビリテーション科部長）

指導医： 坂本 尚子

吉野 修（医長）

影近 謙治（病院長）

指導補佐： 井上 雄吉、浦田 彰夫、木倉 敏彦（常勤専門医）

野村 忠雄（非常勤、指導医・専門医、専門：小児）

【研修施設としての特色】

- ・回復期リハビリテーション
- ・生活期リハビリテーション
- ・高次脳機能障害者支援
- ・障害児（者）リハビリテーション

平成 28 年 1 月、旧・富山県高志リハビリテーション病院、富山県高志通園センター、富山県立高志学園の 3 施設が統合再編された。病院では回復期から生活期を中心とした脳血管疾患、脊髄疾患、骨関節疾患、神経変性疾患のリハビリテーションを研修できる。訪問看護ステーションでは障害児者の訪問看護・訪問リハビリテーションを全県下に展開し、高次脳機能障害者の支援センターもある。肢体不自由施設は北陸三県下最大クラスであり、富山県下の脳性麻痺児や重度心身障害児、発達障害が多く集まる施設である。再編後はさらに NICU から児童までのリハビリテーションと在宅復帰支援体制が構築され、低出生体重児もカバーする施設に規模拡大するため、小児リハビリテーション研修の経験幅がさらに拡大する。当施設では、回復期から生活期の標準的なリハ研修が豊富であるほか、生活期の高次脳機能障害者の支援医療、障害児者の訪問リハ、そして小児リハビリテーション（重度心身障害児、発達障害児）の研修を豊富に積む事が可能である。

【リハビリテーション科病床】 80 床（うち回復期病床 60 床）

富山県：

医療法人社団アルペン会 アルペンリハビリテーション病院 リハビリテーション科

〒931-8442 富山県富山市楠木 300 電話 076-438-7770

指導責任者： 山口 昌夫（病院長）

指導医： 山口 昌夫

指導補佐： 室谷ゆかり（常勤認定臨床医）

【研修施設としての特色】

- ・回復期リハビリテーション
- ・生活期リハビリテーション
- ・地域医療・介護

当院は回復期リハビリテーション専門の全室個室 60 床の病院で、病室は右片麻痺用と左片麻痺用が半々に配置され、差額室料対象は 11 床である。重症者を積極的に受け入れ、平成 15 年度の入院患者は 326 人で、うち脳血管疾患 215 人、運動器疾患 93 人、廃用症候群 17 人であり、平均在院日数は 62.6 日、在宅復帰率は 90%である。専門医 2 名、臨床認定医 2 名が常勤で勤務し、理学療法士 33 名、作業療法士 18 名、言語聴覚士 5 名を擁する。徹底した情報共有を基にチームワークによるサービスを提供し、VE・VF 検査を踏まえた嚥下療法、促通反復療法（川平法）、ロボットリハビリテーション、回復期早期からの装具療法を推し進めている。一方、三次元動作分析装置による歩行分析を臨床評価に利用している。通所リハを併設し、訪問リハビリテーションも行い、同法人のクリニックからの在宅往診、訪問看護、訪問介護、さらに同系列の介護福祉施設などによる生活期リハビリテーションに引き継ぎ、退院後の経過観察に結び付けている。

【リハビリテーション科病床】回復期病床 60 床

富山県：

市立砺波総合病院 リハビリテーション科

〒939-1395 富山県砺波市新富町 1-61 電話 0763-32-3320（代表）

指導責任者： 高木 泰孝（主任部長）

指導医： 高木 泰孝

指導補佐： 中波 暁（医長、常勤専門医）

【研修施設としての特色】

- ・急性期リハビリテーション
- ・生活期リハビリテーション
- ・ITB 療法
- ・脊椎疾患センター

富山県西部の砺波地区 15 万人医療圏の中核病院である。急性期病院として ICU から亜急性期、そして地域へつなぐリハビリテーションまで幅広く行っている。リハビリテーション科の入院施設はないが、年間診療実績にあるように患者数は極めて豊富である。バクロフェン髄腔内投与療法（ITB 療法）については北陸三県下で最も施行患者数が多い。北陸三県内から紹介患者が集まり、infusion pump の留置からその後のリフィルまでを一施設でフォローしている施設としては全国に比類なく、ITB 療法の全貌を理解するのに大変環境が整っていることが最大の特色である。また、富山県下で初めてとなる脊椎疾患センター（当プログラム指導責任者が責任者を務める）があることから、外傷性脊髄損傷をはじめ脊椎疾患患者のリハビリテーションも豊富に経験することができる。

【リハビリテーション科病床】なし

Ⅱ-5 専攻医の就業環境

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、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、その内容は当専門研修プログラム管理委員会に報告されます。その報告内容には、労働時間、当直回数、給与など、労働条件について事項が含まれます。

<施設就業環境（基幹病院および連携施設）>

基 金沢大学附属病院

1 恵寿総合病院

2 石川県済生会金沢病院

3 藤井脳神経外科病院

4 城北病院

5 やわたメディカルセンター

6 市立砺波総合病院

7 富山県リハビリテーション病院・こども医療センター

8 アルペンリハビリテーション病院

○あり ×なし

就労者支援制度・設備など	基	1	2	3	4	5	6	7	8
宿舎（月額負担有を含む）	×	○	×	○	○	○	×	△	×
住宅手当補助 ※1	×	○	○	×	○	○	×	×	○
専攻医の専用室	×	×	×	○	×	×	×	×	×
専攻医の専用机	○	○	○	○	○	○	○	○	○
カンファレンス室	○	○	○	○	○	○	○	○	○
図書室	○	○	○	○	○	○	○	○	○
女性専用の更衣室	○	○	○	○	○	×	○	○	○
女性専用の当直室	○	○	○	×	○	×	○	×	×
保育施設（日中）	○	×	○	×	○	×	×	△	○
夜間保育施設	○		○	×	○	×	×	×	
学会等の参加費補助 ※2	×	○	○	×	○	○	×	○	○
健康診断	○	○	○	○	○	○	○	○	○
給与	各施設の規程（公立は公務員規程）に準ずる								

※1 条件・内容は施設によって異なります。

※2 基本的には、発表者に対する補助です。

<処遇（基幹病院および各連携施設）>

○基幹施設

金沢大学附属病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤（医員）

勤務形態：月～金 8:30～17:30

当直宿直：有（月 1～2 回、指導医付の整形外科当直）

休 暇：年次有給休暇あり、夏季休暇・年末年始休暇あり

社会保険：国家公務員共済組合法に基づく共済組合に加入

○連携施設：石川県 5 施設

薫仙会 恵寿総合病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：8:30～17:30、週 5 日勤務

当直宿直：有（平均月 1～2 回）

休 暇：年次有給休暇 10 日程度、夏期休暇 3 日

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等

石川県済生会金沢病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：月～金 8:30～17:00、土曜隔週勤務（第 5 土曜休み）

当直宿直：有（平均月 2 回）

休 暇：年次有給：勤務 6 か月経過後 10 日、夏期休暇 5 日間、年末年始休み

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等

博洋会 藤井脳神経外科病院リハビリテーション科

雇用形態：非常勤

勤務形態：8:30～17:30、週 5 日勤務

当直宿直：有（平均月 4 回）

休 暇：年次有給休暇 20 日、夏期休暇 3 日

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等（非常勤職は無）

石川勤労者医療協会 城北病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：月～金

当直宿直：有（月約4回、当直明け休暇あり）

休 暇：年次有給13～16日（日数は年次による）、夏期冬期休暇2日ずつ

社会保険：公国健康保険協会管掌健康保険、厚生年金、雇用保険、労災保険

勝木会 やわたメディカルセンター リハビリテーション科

雇用形態：常勤医員

勤務形態：月～金

当直宿直：応相談

休 暇：年次有給：勤務 3 ヶ月経過後 10 日、夏期 8 月 15-16 日、年末年始

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等

○連携施設：富山県 3 施設

富山県リハビリテーション病院・こども支援センター リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：8:30～17:15、週 5 日勤務

当直宿直：有（平均月 3 回）

休 暇：年次有給休暇 20 日程度、夏期休暇 5 日

社会保険：全国健康保険協会の健康保険、厚生年金、雇用保険、労働災害保険

医療法人社団アルペン会 アルペンリハビリテーション病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤/非常勤

勤務形態：常勤は 1 日 8 時間、勤務日（4 日/月～土）/非常勤は応相談

当直宿直：有（平均週 1 回）/非常勤は応相談

休 暇：年次有給休暇（勤務 6 ヶ月経過後 10 日）

社会保険：健康保険、厚生年金、雇用保険等/非常勤は労働時間に応じ加入

市立砺波総合病院リハビリテーション科

雇用形態：常勤

勤務形態：8:30～17:15、週 5 日勤務、

当直宿直：有（平均月 3 回）

休 暇：年次有給休暇年間 20 日、夏期休暇 5 日間

社会保険：地方公務員共済組合保険、公務災害保険

Ⅱ-6 専攻医の受け入れ数

金沢大学拠点（石川県・富山県） リハビリテーション科専門研修プログラム

1年次の専攻医受け入れ定数は「3名」とします。



当プログラムの各施設における指導医、専門医の在籍数は下記のとおりです。
(2019年4月時点)

	総指導医数（プログラムの登録数）		左以外の専門医数
当プログラム全体	15	(7)	9
基幹施設			
金沢大学附属病院	2	(2)	1
関連施設			
医王病院	1		2
金沢こども医療福祉センター	0		0
連携施設			
恵寿総合病院	1	(1/3)	0
石川県済生会金沢病院	2	(1)	0
藤井脳神経外科病院	1	(1/2)	0
城北病院	1	(1/2)	1
やわたメディカルセンター	2	(1)	1
富山県リハビリテーション病院	3	(1)	3
アルペンリハビリテーション病院	1	(1)	0
市立砺波総合病院	1	(1/4)	1

当プログラムは、常勤のリハビリテーション科専門医が全体で24人在籍しています。うち、リハビリテーション科専攻医を指導できる指導医は15人いますが（2019年4月時点）、当プログラムの指導医は、金沢医科大学と富山県の研修プログラムを兼任する者が多いため、受け入れ可能な専攻医数を算出する場合の当プログラムの指導医登録数は7人となります。一人の指導医が同時に担当できる専攻医は2名までですので、当プログラムが受け入れてよい専攻医の最大数は3年次全体で14名まで（各年次4～5名）となります。

一方、当プログラムは切断・義肢の経験できる症例が全体で少ないため、この点から受け入れ可能な専攻医は3年次全体で11名まで（各年次3～4名）と判断されます。また、当プログラムでは、小児症例の経験が大学ないし関連施設に偏っている事は指導実務上の配慮を要する点であり、また、これまでの金沢大学を拠点とした専門医輩出数が毎年0～3名であるという過去の実績も考慮しました。

以上から、当研修プログラムが受け入れる専攻医数は、**3年次全体で最大9名（各年次、最大3名まで）**としました。当プログラムとしては、指導医は、専攻医一人ひとりの研修指導に十分な時間をさける設定数だと考えます。

Ⅱ-7 修了判定（専攻医が修了に向けて行うべきこと）

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、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をします。

修了判定のプロセス

（※時期については未確定があるため、今後の情報収集に留意してください）

- 専攻医は、専門医認定申請年（3年目あるいはそれ以後）の4月末（※予定）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てください。
- 専門研修プログラム管理委員会は5月末まで（※予定）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ください。

Ⅱ-8 サブスペシャリティー領域との連続性

リハビリテーション科専攻医としての研修を修了しリハビリテーション科専門医を取得した医師は、以後、サブスペシャリティー領域（想定されるものとして小児神経、関節リウマチ、運動器、嚥下障害など）の専門資格も取得できる可能性があります。ただし、リハビリテーション科専門医がどのサブスペシャリティー領域の専門医を取得できるようになるか、各サブスペシャリティー領域の専門医を取得するのにどのような基礎知識・基礎技能・経験症例が必要なのか等、推定されるサブスペシャリティー領域との連続性をもたせるためのリハビリテーション科専門研修プログラムにおける経験症例等の取扱いについては、日本専門医機構のレベルで検討されているところです。

サブスペシャリティー領域専門医の取得を希望する専攻医には、当研修プログラムとしては日本専門医機構・日本リハビリテーション医学会の今後の動向に応じ、当研修期間の途中からでも適切に対応していく考えです。

Ⅱ-9 研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修

- 1) 専門研修プログラム期間のうち、出産・育児・疾病・介護・留学などを理由とするプログラムの休止・中断は、全研修期間の3年のうち6か月までの休止・中断である場合については、残りの期間で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。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) 出産・育児・疾病・介護・留学などを理由とするプログラム休止・中断の期間が6か月を超える場合には、研修期間を延長する必要があります。

- 3) やむをえない事情などによる短時間雇用状態での研修であっても、原則としては、通算3年間で到達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。
- 4) 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、研修プログラムの移動について対応を検討します。ただし、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と許可、および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の協議および受け入れ態勢が必要となります。
- 5) ほかの専門研修プログラムに内地留学のような形で一定期間研修を行うこと（正規の研修期間として取り扱うこと）は、特別な場合を除いては認められません。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その指導を行えなくなった場合、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なっています。
- 6) 臨床業務のない（当該プログラムの研修を並行できない）留学期間に関しては、研修期間として取り扱うことはできません。研修の休止・中断として取り扱います。

Ⅱ-10 大学院

臨床業務のない大学院の在籍期間（臨床研修の実際から離れてしまっている状況）に関しては、研修期間として取り扱うことはできません。研修の休止・中断として取り扱います。

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（臨床研修を現場で実際的に並行できている）については、そのまま研修期間に含めることができます。

Ⅲ 当専門研修プログラムの運営体制など

Ⅲ-1 専門研修の評価

専門研修プログラムの評価は、専攻医と指導医の相互評価で成り立っています。専攻医には、1年目、2年目、3年目それぞれにコアコンピテンシーと知識・技能の修得目標が設定され、各年度末に修得目標に対する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。

- 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、専攻医が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。
- 指導責任者は「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。
- 「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。
- 「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。
- 3年間の総合的な修了判定は、研修プログラム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門医試験の申請を行うことができます。

Ⅲ-2 専門研修管理体制

以下の委員会によって管理を行います。

◇金沢大学附属病院研修医・専門医総合教育センター

設置：金沢大学附属病院内

金沢大学附属病院を基幹施設とする基本領域すべての専門研修プログラムを横断的に管理・統括する委員会です。

◇当研修プログラムの管理委員会

設置：金沢大学附属病院リハビリテーション科内

構成：統括責任者（委員長）、事務局代表者、各連携施設代表担当者

「石川県・富山県（金沢大学附属病院拠点）リハビリテーション科専門研修プログラム」の全体を管理・統括する委員会です。基幹・連携・関連施設の全体での委員

会を定期的を開催し、研修体制とその運用、専攻医の研修進捗状況等について検討します。

リハビリテーション科専門研修プログラム管理委員会は、①研修プログラムの作成・修正、②専攻医の連携施設への出張、③臨床場面を離れた学習（学術集会や研修セミナーなど）の紹介斡旋、自己学習の機会の提供、④指導医や専攻医の評価が適切かを検討、⑤研修プログラムの修了判定と修了証発行、を担います。

◇当研修プログラムの施設単位の管理委員会

設置：各施設内（基幹施設、各連携施設）

構成：各施設の代表担当者ほか、各施設内の関係者

各施設において個々の研修プログラムを管理し、各施設の研修体制とその運用、受け入れ専攻医の研修進捗状況等について検討します。

Ⅲ-3 専門研修プログラムの改善方法

当専門研修プログラムでは、専攻医・指導医からの評価フィードバックあるいは監査結果を重視し、より良い研修プログラムへの改善に努めます。

◇専攻医による評価（指導医と研修プログラムに対して）

専攻医は、年次毎に指導医、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。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質問紙を用い専門研修プログラム管理委員会に提出され、同管理委員会は研修プログラムの改善に役立てます。

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、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。

◇監査（サイトビジット等）・調査

当専門研修プログラムが適切に運営されているかに関しては、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サイトビジットが行われ、研修指導体制や研修内容について調査が行われます。その評価にもとづいて、当専門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。また、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。

Ⅲ-4 専門研修指導医の認定要件

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となります。リハビリテーション科専門研修における指導医は、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。

- リハビリテーション科専門医取得後、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。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に関する筆頭著者である論文1篇以上を有する。
- 専門医取得後、日本リハビリテーション医学会学術集会(年次学術集会、地方学術集会のいずれか)での2回以上の発表。うち1回以上は主演者。
- 日本リハビリテーション医学会が認める指導医講習会の受講(1回以上)。

※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。指導医講習会では、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です。

※専攻医からの評価：

指導医は指導した専攻医からの評価(指導法や態度について)も受けます。

Ⅲ-5 各種マニュアル、研修実績記録・評価記録など

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。

- 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

これらは、日本リハビリテーション医学会のHPよりダウンロードできます。

◇専攻医の研修実績・評価の記録

専攻医は、ダウンロードした「専攻医研修実績記録フォーマット」に研修実績を記載し、一定の経験を積むごとに専攻医自身で達成度評価を行い記録してください。少なくとも年1回、自己達成度評価により学問的姿勢、総論(知識・技能)、各論(9領域)の各分野の形成的自己評価を行ってください。

また、指導医による形成的評価、フィードバックも受けます。研修カリキュラムに則り少なくとも年1回(各年度末)、学問的姿勢、総論、各論(9領域)の各分野の形成的評価・総括的評価を行います。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ます。

◇専攻医の研修履歴・実績・評価などの保管

基幹施設(金沢大学附属病院リハビリテーション科)では、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。

IV 専攻医の応募・採用・修了

IV-1 当プログラムへの応募方法・採用方法

金沢大学拠点（石川県・富山県）リハビリテーション科専門研修プログラム管理委員会は、2020年度以降の専攻医（定員3名/年次）を募集します。

応募者は、以下4つを提出して下さい（紙媒体にて郵送）。

- 所定の応募書（応募所信書付き）（※）
- 履歴書（書式は自由）
- 医師免許証の写し
- 保険医登録証の写し

所定の応募書（※）は、以下のいずれかの方法で入手できます。

(1) Web Site よりダウンロード：

http://plaza.umin.ac.jp/~Reha_hok/kensyukai_annai.html

(2) 上記のWeb Siteが不調、一次停止中などで使用できない場合は、

E-mail：seikei@med.kanazawa-u.ac.jp の宛先に、「リハビリテーション科
科長」宛で「応募書希望」とお伝えください。メールの返信にて、書類を添付
送信いたします。

応募書等一式の郵送先：

〒920-8641 金沢市宝町13-1

（整形外科医局気付）

金沢大学附属病院リハビリテーション科

科長（専門研修プログラム統括責任者）宛

◎封筒おもてに『リハ科専攻医応募』と記入して下さい。

応募のから採否通知までの流れ（参考）

一次応募締め切り 前年度の11月末（予定）

書類選考・面接 前年度の12月（予定）

採否決定と通知 前年度の12月末以降（予定） ※本人に直接通知

※ 正式な時期は、毎年、日本専門医機構から提示されます。

IV-2 当プログラムの修了

Ⅱ-7. 「修了判定について」（29頁）をご覧ください。

V 日本リハビリテーション医学会への入会

リハビリテーション科専門研修プログラム整備基準では、

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、学会会員の資格を保持している必要がある。

とあります。

当研修プログラムで専攻医として研修が始まる前（年度が変わる前）に、日本リハビリテーション医学会への入会手続きが必要となります。事前に研修プログラム統括責任者との確認を忘れずに行ってください。

なお、（初期）臨床研修の期間中に日本リハビリテーション医学会に入会することも可能ですので、専門研修プログラムでの採用が決まり次第、日本リハビリテーション医学会への入会手続きを済ませることをお勧めします。

金沢大学拠点（石川県・富山県）
リハビリテーション科専門研修プログラム
2020年度以降version

（2019年5月作成）