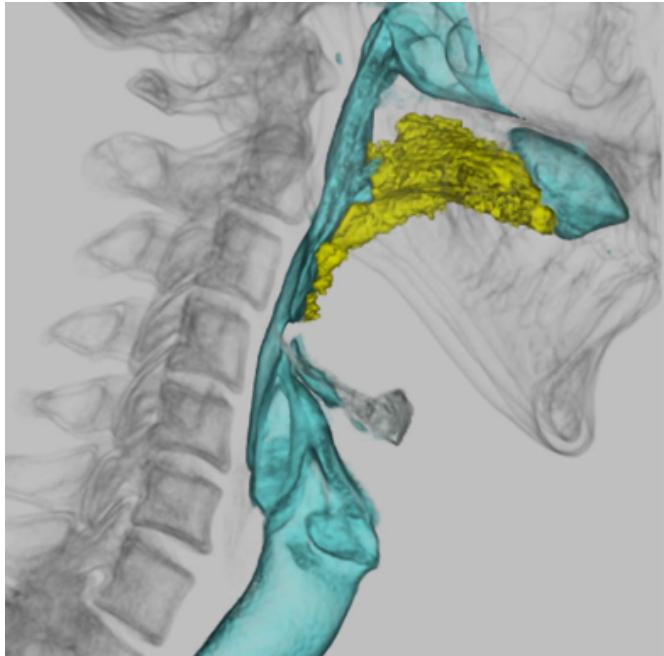


藤田医科大学リハビリテーション科専門 研修プログラム



藤田医科大学医学部リハビリテーション医学講座

2021年版

| | |
|---------------------------------------|----|
| 学ぶ皆さんへ..... | 6 |
| 1. はじめに | 6 |
| 2. 藤田医科大学リハビリテーション科専門研修プログラム | 6 |
| 藤田リハについて..... | 6 |
| 藤田医科大学病院リハビリテーション科と藤田医科大学 リハビリテーション部門 | |
| リハビリ医学は「活動の医学・医療」 | |
| リハビリ科医の役割 | |
| 藤田リハの理念 | |
| 藤田リハ研修プログラムを担う藤田リハについて | |
| 2) チームワーク：しなやかな「小の如く大」の組織 | |
| 3) カッティングエッジ：留まらない先進性、道具もシステムも必要なら創る | |
| 3. 本プログラムの研修施設群 | 11 |
| 本プログラム研修施設群の地理的範囲 | |
| 4. 研修管理部門 | 12 |
| 5. 募集および採用について | 13 |
| 1) 募集人数..... | 13 |
| 2) 応募資格..... | 13 |
| 3) 応募方法と選考方法..... | 13 |
| 4) 選考日と採否の通知..... | 13 |
| 6. 専攻医の就業環境について | 13 |
| 7. 研修の週間計画および年間計画..... | 13 |
| 基幹施設：藤田医科大学リハビリテーション医学I講座 | |
| ・基本スケジュール | |
| ・勉強会、カンファレンス等 | |
| ・専門外来、検査 | |
| ・摂食嚥下評価 | |
| ・ロボット・動作解析 | |
| 8. プログラムロードマップおよび地域医療についての考え方 | 15 |
| 1) 施設群による研修 | 15 |
| 2) 地域医療の経験 | 16 |
| 表1 プログラムロードマップ例..... | 16 |
| 例1) の研修内容と予想される経験症例数..... | 17 |
| 9. 全体行事の年間スケジュール | 18 |
| 全体行事予定 | |
| 研修会、関連学会予定 | |

| | |
|---|----|
| 10. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について | 19 |
| 1) 研修実績および評価の記録 | 19 |
| 2) 指導医による指導とフィードバックの記録..... | 19 |
| 11. 研修の終了について | 19 |
| 1) 終了判定について | 20 |
| 2) 研修プログラムの終了に向けて行うべきこと | 20 |
| 3) リハビリ科専門医試験について | 20 |
| 12. 研修終了後のキャリアパス | 20 |
| 13. リハビリ科研修プログラムの概要 | 21 |
| 1) 専門研修プログラムを支える体制 | 21 |
| (2) 専門研修施設の認定基準 | 21 |
| (2) プログラム統括責任者の基準および役割と権限..... | 21 |
| プログラム統括責任者の要件 | |
| プログラム統括責任者の役割と権限 | |
| (3) 専門研修指導医の要件 | 22 |
| (4) 専門研修施設群の構成要件 | 22 |
| (5) 連携施設での委員会組織 | 22 |
| 2) 研修の適応範囲 | 22 |
| 3) 研修の場 | 23 |
| 4) 研修の内容 | 23 |
| (1) 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性についての考え方 | 23 |
| (2) 研修カリキュラムと到達目標 | 24 |
| (3) 年次ごとの専門研修計画 | 24 |
| ・専門研修1年目 (SR1) | |
| ・専門研修2年目 (SR2) | |
| ・専門研修3年目 (SR3) | |
| (4) 臨床現場での学習 | 25 |
| (5) 地域医療の経験 | 25 |
| (6) 臨床現場を離れた学習 | 25 |
| (7) 求められる学問的姿勢 | 26 |
| 5) 専門研修の評価、修了判定 | 26 |
| ・専攻医の評価 | 26 |

| | |
|---|----|
| ・ 形成的評価 | 26 |
| ・ 多職種評価 | 27 |
| ・ 総括的評価・修了判定 | 27 |
| 6) 専門研修プログラムの評価と改善 | 27 |
| (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 | 27 |
| (2) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応 | 27 |
| 7) 専攻医の採用と修了要件 | 27 |
| (1) 募集人数 | 27 |
| (2) 採用方法 | 28 |
| (3) 修了要件 | 28 |
| 8) Subspecialtyとの連続性について | 28 |
| 14. 各施設の研修概要と特色 | 29 |
| 藤田医科大学 リハビリテーション医学I講座 | 30 |
| 施設概要 | 30 |
| 臨床の特徴 | 30 |
| 1) 豊富な症例 | 30 |
| 2) 急性期リハビリの体系的治療体制 | 31 |
| ・ 救命救急センター（ICU, 救命救急ICU, SCU, GICU, NCU, NICU）のリハビリ充実 | |
| ・ 病棟リハビリ体制充実 | |
| ・ 摂食嚥下リハビリ回診 | |
| 3) 多彩で高度なリハビリ科入院治療 | 31 |
| 4) 積極的な他科・多職種連携 | 32 |
| ・ 他科との連携 | |
| ・ チーム活動 | |
| 5) 新しい福祉連携, 社会連携の形 | 32 |
| ・ 地域包括ケア中核センター | |
| ・ ポストポリオ検診 | |
| 豊富な研究テーマと先進的環境 | 32 |
| ・ リハビリテーションロボティクス | |
| ・ 歩行再建と装具療法 | |
| ・ 3次元動作解析・歩行分析 | |
| ・ リハビリテーションシステムの開発 | |
| 豊富で多彩な教育・国際交流 | 33 |

| | |
|-------------------------|----|
| ・専攻医教育 | |
| ・医学部教育 | |
| ・大学院教育 | |
| ・療法士教育 | |
| ・国内外の他大学・他施設からの研修受入れ | |
| ・ファカルティ・ディベロップメント | |
| 専攻医の一週間 | 35 |
| 藤田医科大学 ばんたね病院 | 37 |
| 藤田医科大学 七栗記念病院 | 40 |
| 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター | 43 |
| 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 | 46 |
| 独立行政法人 中部ろうさい病院 | 48 |
| 医療法人珪山会 鵜飼リハビリテーション病院 | 53 |
| 医療法人鉢友会 宇野病院 | 56 |
| 医療法人三九会 三九朗病院 | 59 |
| 医療法人 輝山会 輝山会記念病院 | 62 |
| 日本赤十字社 足利赤十字病院 | 65 |
| 医療法人輝生会 初台リハビリテーション病院 | 68 |
| 医療法人輝生会 船橋市立リハビリテーション病院 | 71 |
| 佐賀大学医学部附属病院 | 74 |
| JA三重厚生連 松阪中央総合病院 | 77 |
| 医療法人松徳会 花の丘病院 | 81 |
| 社会医療法人近森会 近森リハビリテーション病院 | 84 |

学ぶ皆さんへ

新しくてユニークな切り口をもつリハビリ医学は、社会も医療もその発展を切望している医学です。しかし、その専門性を卒前の医学教育で十分に習うことが少なく習得には一定の努力が必要です。是非、充実した研修を行って患者や社会に役立つ専門医になっていただきたいと願っています。

皆さんの研修に当たって、私たちは「教える」ではなく「学ぶ」を重視します。リハビリ医学は、練習（訓練）という「学習」が中心的課題となるユニークな方法論を医学に持ち込みました。学習の科学が教えてくれる要点は、受け身ではなく能動的な過程の重要性です。もちろん、それは「放任」を意味するものではなく、学ぶことに役立つ「周り」への十分な配慮を必要とします。

私たち藤田リハは、「学ぶ」に必要な「周り」を丁寧に準備して、皆さんをお待ちしています。なぜなら、それがまた、私たち自身が「したいこと」を行う最善の方法であると知っているからです。一緒に学び、そして、共に素晴らしいリハビリ医学・医療を創りましょう。

1. はじめに

超高齢社会である日本では、2011年時点で2,930万人であった65歳以上の高齢者数が、2040年には1.3倍の3,921万人、高齢化率35.3%に達すると推定されています(2018年総務省統計)。この「長命」社会の実現には、医学の進歩、特に急性疾患治療、救命技術、そして、慢性疾患管理の進歩が大きな貢献をしてきました。リハビリテーション医学（以下、リハビリ医学）は、このような医学の進歩を背景にして、長命を「長寿」に結びつけるために必須の医学として存在します。もちろん、この「寿」は高齢者のみならず小児を含む全ての世代の希望でもあります。リハビリ医学は「活動の医学」として患者や障害者の生活を守ります。

リハビリ医学は、私たちにまず、活動が生存にも大きな影響を与えることを教えてくれます。急性期病院における「安静の害」は広く知られた事実ですが、その防止と治療の実際は？と振り返ると今でも課題が山積しています。急性期という場面に活動という視点を定着させることができ、リハビリ医学の使命です。また、活動に関係した種々の症状や障害をまとめて理解したリハビリテーション科医師（リハ科医師）の存在は、それらの問題を抱えた患者さんにとって大きな福音です。そして、機能的帰結予測のもと、練習（訓練）という方法を駆使して患者さんの生活能力を向上させ、さらに工学的・社会支援システムを組み合わせて社会復帰を実現させる医療形態は、リハビリ医学ならではのものです。

藤田医科大学リハビリテーション科専門研修プログラム（略称：藤田リハ研修プログラム）は、活動という専門性をもって、傷病を深く理解し、症状や障害を正しく評価し、患者のニーズを的確に把握し、適切な包括的治療ができる優れたリハビリ科専門医となるために、豊かな人的・物的・情報的環境のもと、リハビリ医学の臨床を十分経験し深く学ぶシステムです。

2. 藤田医科大学リハビリテーション科専門研修プログラム

藤田リハについて

藤田医科大学病院リハビリテーション科と藤田医科大学リハビリテーション部門

藤田リハ研修プログラムを担う藤田医科大学病院リハビリテーション科（藤田医科大学医学部リハビリテーション医学講座とほぼ同一の組織、以下、当科）は、藤田医科大学リハビリテーション部門（略称：藤田リハ）の中核組織です。

1964年に設立された藤田学園は、1972年に医学部を開校、1987年に医学部リハビリテーション医学講座（現、

藤田医科大学リハビリ部門

- ・医学部リハビリ医学Ⅰ講座
- ・医学部リハビリ医学Ⅱ講座（2007.9～）
- ・連携リハビリ医学寄付講座（2013～）
- ・ロボット技術活用地域リハビリ医学寄付講座（2018～）
- ・保健衛生学部リハビリ学科（2004.4～）
- ・大学病院リハビリ部・科
- ・七栗記念病院リハビリ部・科
- ・ばんたね病院リハビリ部・科
- ・地域包括ケア中核センター（2013.2～）
- ・RSH & AATセンター*
- ・藤田リハビリ医学・運動学研究会

*ロボティックスマートホーム・活動支援機器研究実証センター（2017）

I講座)を開設しました。そして、1995年、学内リハビリテーション(リハビリ)関連部署が連携し藤田リハが形成されました。

2019年現在、学内10部署、医師109名を含む総勢634名からなる藤田リハは、国内最大の大学リハビリ組織として、年間に初診患者11,897人、延べ386,664人を治療し、50件を超える研究助成を得ながら多数の研究プロジェクトを動かし、国内外で450題を超える学術発表を行い、充実した卒前・大学院教育はもちろん多数の国内外研究者・臨床家を受け入れている活動的リハビリ専門家集団です。

医学部には、リハビリ医学I講座(大学病院リハビリ科)とリハビリ医学II講座(七栗記念病院リハビリ科)という2つの正規講座、そして、寄付講座である連携リハビリ医学、ロボット技術活用地域リハビリがあり、密接に連携しています。

リハビリ医学は「活動の医学・医療」

日本では既に50年以上の歴史をもつ「活動の医学」であるリハビリ医学(rehabilitation medicine)は基本領域の1つとして臨床に欠くことのできない専門分野です。活動とその問題(障害)に注目するという観点は、臓器指向的な専門性が伝統的である現代医学の中にはあって、ユニークな専門性であり、リハビリ科が関連臓器科と縦糸と横糸となって、患者に効率的で快適なセーフティネットを提供します。

原疾患に関わらず、「動かない害」は、不動(imobilization)症候群と呼ばれる深部静脈血栓症、沈下性肺炎、褥瘡など、急性期において生存に直結する問題を生み出し、さらに、廃用(disuse)症候群と呼ばれる筋力低下、関節拘縮、持久力低下、意識障害など活動性を損なう動物機能の問題をもたらします。リハビリ医学は、これらの問題を解決するために、医療の中で物理療法や運動療法を体系的に提供します。

麻痺・痙攣、摂食嚥下障害、排泄障害、疼痛など、活動に直結する症状・障害を診断、評価、対処することで活動障害を有する患者を包括的に治療します。

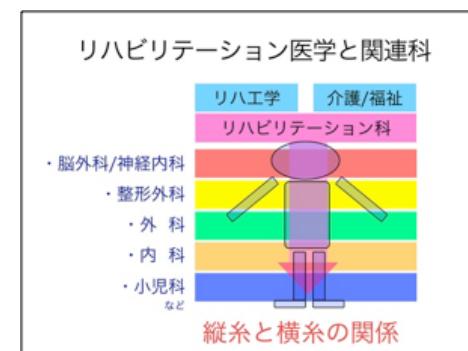
歩行障害、日常生活活動(ADL)障害、失語症などを含む高次脳機能障害など、生活上の問題を理学・作業・言語聴覚各療法によって治療し、義肢装具療法やリハビリ工学を駆使して身体・空間・環境バリアなど物理的課題、役割や家族関係など心理的課題、制度など社会的課題を体系的に解決することで、社会復帰を促進します。

特に超高齢社会になった日本において、活動に対応して生活を再建するリハビリ医学は、これまで医療が成し遂げてきた「長命」を意味のある「長寿」に繋げる大きな役割を担っています。

リハビリ科医の役割

活動に視点を持つ新しいリハビリ医療は、リハビリ科医に加え、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、リハビリ看護師など、新しい医療専門家を生み出しました。さらに、リハビリ工学士、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士なども加わるリハビリ医療では、綿密なチームワークが基本となります。

急性期、回復期、生活期を問わず、リハビリ医療はチームワークです。その目的は、より優れたリハビリ医療の提供であり、構成員は全てそのために動きます。ですから、外から見ているとリハビリ科医と療法士の役割の区別が分かりにくいかもしれません、実際の役割分担は明瞭です。効率的で効果的なチームワークを実現するために、リハビリ科医がそのリーダーとして活躍します。患者の医学的状態を把握して必要な対処を勘案します。医学的リスクを考慮しながらの迅速な対応が求められます。障害が残ると思われる症例では、機能的



リハビリ医学の臨床的役割

- ・不動や廃用に対する体系的治療を整備、提供する。
- ・活動性に関わる医学的諸問題を包括的に治療する。
- ・活動性を再建して社会復帰を促進、実現する。

帰結を考えて治療計画を立てリハビリスタッフと共有し、訓練などの経過をモニターしながら、社会復帰に必要な手段を体系的に整備します。チームそのものをより有能な集団に変えるためのリードも大切です。

対応は病態から生活まで広範囲に及び複雑になるため、患者や家族に分かりやすく治療計画を説明するストーリーテラーとしての役割も欠かせません。特に、活動を変えるには当事者の動機付けが必須なので、納得のいく説明が介入成功の鍵となります。

医師として一般的な医学的知識・手技の他、障害の診断のための嚥下造影や嚥下内視鏡、筋電図や誘発電位検査などの電気生理学的検査、歩行分析や動作解析、運動負荷、高次脳機能評価、そして、治療としてのボツリヌス毒素療法や除痛のためのブロック療法、電気刺激療法、磁気刺激療法、装具療法、ロボット治療など、活動治療関連の専門的知識や技術も欠くことのできない事象です。また、運動学、運動学習、医療心理学などの活動・行動科学に関する基礎的知識が必要です。

リハビリ科医が活躍する場と役割には、急性期における中央診療科のチームリーダー、回復期における主治医、生活期のかかりつけ医、そして、医学部・大学院・大学病院の教師・研究者を兼務する医師などがあります。いずれにせよ、この新しい医学・医療を実行（臨床）しながら、後進を養成する再生産（教育）、そして、より有効な手段を創りだす拡大再生産（研究）に責任を持って対処するのが、リハビリ科専門医です。

藤田リハの理念

藤田リハは、OLPとCOSPIREという2つのキーワードを信条にしています。

・OLP (overload principle): 明日は今日より凄い

リハビリ医学の基本的治療原理は、「活動が機能と構造を変える」という活動機能構造連関です。そのひとつに筋力増強のための過負荷の法則 (overload principle) があります。患者さんにやってもらうことを自らにも課す。そして、今日救えなかった患者さんを明日は救いたいと願っています。



・COSPIRE (mutual inspiration): 共に歩んで専門性を創る

COSPIREは、私たちが理学療法士・作業療法士の学科を創設した際につくった造語です。専門性は、先人の創り出した成果をよりよいものにして後進に伝えるという脈々と続く共同作業で生まれます。よりよいチームワークを実現し、皆で一緒に成長しましょう。

藤田リハ研修プログラムを担う藤田リハについて

ここでは、私たちの研修プログラム（本プログラム）とそれを担う藤田リハの特徴について簡単に紹介します。中核となる藤田医科大学リハビリテーション医学講座（藤田医科大学病院リハビリテーション科）のプログラムの詳細については、施設紹介の項も参照してください。

1) 活動の臨床：考え方の専門性

藤田リハでは、リハビリ医学・医療を活動の臨床と捉えています。

リハビリ医学の専門性が分かりにくいのは、その視線の方向が既存の臓器科と直交していて、さらに、既存の医学的枠組みから「理由があつてはみ出している」ためでもあります。活動に注目した介入は、不動や廃用を防ぎヒトの「生存」を守る治療手段となると同時に、活動関連の症状・問題を包括的に解決し、臓器系医療の成果を社会復帰へと繋ぐキーワードでもあります。藤田リハでは、このユニークな活動という観点に必要な臨床を徹底して追求します。私たちの姿勢は、学内外の多くの診療科から高い評価を受けるとともに、療法士、看護師、義肢装具士、などの一緒に働く専門家たちからも強い支持を得ています。

私たちは、数多くの実用的な臨床システムを開発してきました。私たちが2000年に開発した脳卒中回復期のFITプログラム（Full-time Integrated Treatment program）は今や回復期リハビリ病棟の優れた標準モデルになっています。また、データベース（Clover）を駆使した科学的カンファレンスの開催が効率的なチームワークを保証しています。急性期では、摂食嚥下回診システム、療法士病棟専従システムなどの新システムに

より効果的リハビリ介入を実現しました。2013年にスタートした藤田医科大学地域包括ケア中核センターは、豊明団地でのまちかど保健室や学生教員の団地内居住など先進的な取り組みに発展して注目されています。

活動というはっきりとしてぶれない臨床的切り口を前提として、急性期から生活期まで豊富な症例を、先進の診断・治療技術環境において、経験豊かで優れたメンターのもとに学ぶプログラムを提供します。プログラムに参加する関連施設は、長年の連携のもと互いにその特徴を十分に理解しあっている仲間です。プログラム全体が一貫性を持って体験できるように工夫されています。

急性期、回復期、生活期、そして大学のいずれでも優れた臨床家として活躍できる専門家になるために是非、私たちと一緒に体験し、学んでください。

2) チームワーク：しなやかな「小の如く大」の組織

1995年に60名弱であった藤田リハは、2019年現在、総勢634名を超える大規模な専門家集団に成長しました。医学部、保健衛生学部、3つの大学病院、包括ケアという様々な部署にいるリハビリ専門家が一体となって藤田リハを形成しています。私たちが年間に治療する延べ患者数は36万人を超えます。また、藤田リハは、59の国内臨床施設と連携し、20の海外大学・研究所と臨床や研究で協力関係にあります。

私たちが大規模を目指すのは、大組織でしか出来ないことが沢山あるからです。大組織の欠点を生じさせないために私たちがしなやかなチームワークを目指し、「active flat（小の如く大）」という考え方を基本方針として、運営上、種々の工夫をしています。多層のピラミッド構造は、個人が全体を見るのには不都合です。私たちが単なる組織の歯車になることを望みません。実質的な組織階層を4段以内に抑え、成員全てが全体の動きを実感しながら活躍できるチームを目指しています。

リハビリ医療では、明るく精緻なチームワークが必須です。リハビリ科医にとって優れたチームワーク、リーダーシップの技術とその実践は必需品です。複雑な課題を習得するには「形から入る」のが基本です。そのためには、実際に中に入って学ぶのが一番です。しなやかなチームワークを学ぶことも研修プログラムの目的のひとつです。

当科は、男女、既婚未婚など、それぞれの生活や思考様式に柔軟かつ配慮をもって対応することで、個々の人生にあった研修が行えるよう工夫しています。

3) カッティングエッジ：留まらない先進性、道具もシステムも必要なら創る

臨床は科学的であるべきで、科学は厳密な証明を是とします。けれども証明されたことは過去のものであり、科学には進歩というもう一つの本質があります。留まってはいられないのです。

実際、臨床はいつでも不完全です。臨床現場では不十分で捨てさりたいモデルが沢山あります。また、存在しないけれども欲しい道具や知りたいことが沢山あります。私たちは、研究と臨床は一体で切り離せないものだと考えています。昨日救えなかった患者を今日は救いたいし、今日救えない患者を明日は救おうと思っています。そのために研究します。

私たちの研究は、基本的に臨床研究です。特に、機器でもシステムでも新しく優れたものを作り出す開発研究をその中心に置いています。そのために多くの企業や外部の研究施設と共同での研究を行っています。そして、多くの成果が、国内はもちろん世界的に高く認められています。

これまでに、開発してきた代表的な評価法、介入法、システムを列挙します。

これらの他にも多数の研究プロジェクトが動いています。また、基礎科学系の他施設との連携も重要視しています。

研究プロジェクトには、新しい道具や知識を生み出すという直接的効果に加えて、新しいものを創り上げる方法を学ぶという重要な効果があります。心理学の用語でいう「メタ学習」、つまり、学習法を学習するという

効果です。出来上がる前の不完全な姿とその解決過程のなかに自分を置くことで、「完成後にはすっかり覆い隠されてしまう舗装の下にある土台」を体感できます。これこそ、臨床力を磨く術を手にいれる重要な手段です。是非、研修中に、いくつかの研究プロジェクトに参加してください。

より深く研究したい場合には、大学院を併願できるコースも準備しております。藤田リハには、多数の優れた学位指導のメンターがいます。これまでにも多くの研修者が、専門医試験合格と学位取得を同時に達成してきました。

藤田リハの開発研究成果

●評価法：

トレッドミル歩行分析法 (KinemaTracer)、臨床動作解析法、嚥下造影用イス、CTによる嚥下動態評価法、定量的痙攣評価法、ICF応用評価法

●介入法：

新型短下肢装具 (RAPS)、対麻痺歩行用内側系装具 (Primewalk)、歩行練習用安全懸架装置、低床低速対応トレッドミル、嚥下練習用多機能イス、嚥下治療用二重バルーン、嚥下調整食数種類、対麻痺歩行用ロボット (WPAL)、歩行練習ロボット (Welwalk)、バランス練習ロボット (BEAR)、ロボティックスマートホーム

●システム：

脳卒中回復期リハビリプログラム (FIT & CECIR)、リハビリデータベース (Clover)、療法士教育プログラム (COSPIRE)、ポストポリオ対応システム (BGaS)、地域包括ケアシステム (F4C)



藤田リハ発の嚥下イス



CTによる嚥下動態評価



トヨタと共同開発のバランス練習ロボット



新型短下肢装具(RAPS)

4) オープンネス：医局も国内も海外も

藤田リハはオープンです。私たちは進歩を望み、広く社会に貢献したいと願っています。進歩にも社会貢献にも、オープンネスが要になります。さまざまな人が持つ多様性が次の進歩の種となります。周りとの有益な情報のやり取りは社会の富を増やします。

藤田リハの医師の出身は多様です。おおよそ藤田医科大学卒が1/4、他の私立大学卒が1/4、そして、国公立大学卒が1/2です。また、入局時の経歴も様々で、新人のみならず他科からの転向者も多数在籍しています。医師以外の社会経験をもつものも少なからずいます。

藤田リハで学び、巣立っていった多くの先輩のネットワークが北海道から沖縄まで張り巡らされ、藤田リハを支えてくれる関連病院・施設が多数あります。これらの病院や施設では、藤田リハで学んだ医師、療法士など私たちの仲間が活躍し、また、後進の参加を心待ちにしてくれています。

いつも沢山の臨床家・研究者と交流しています。例えば2016年には、国内臨床家・研究者13名、海外臨床家・研究者23名が、藤田



留学生との懇親会

リハを訪れ、見学・意見交換・講演をしました。この他、国内13施設、海外9施設の人たちが見学に訪れました。また、国内留学生1名、海外研修・留学生13名が在籍しました。

もちろん、藤田リハから海外への交流も盛んです。2015年には、26回以上の招待講演を含む国際学会への出席、14回の臨床指導や意見交換のための海外訪問を行いました。才藤栄一は、中国政府のChina High-end Foreign Experts Programに選ばれて北京首都医科大学教授として中国リハビリ研究センター（北京）で30日の臨床・研究指導に当たりました。また、タイや台湾での摂食嚥下リハビリ発展への支援も行っています。



コンケン大学（タイ）での臨床指導

常態的交流として、ジョンズホプキンス大学（米国）、ミュンスター大学（ドイツ）、サンパウロ大学（ブラジル）、コンケン大学（タイ）、マヒドン大学（タイ）、チュラロンコン大学（タイ）、北京首都医科大学（中国）、中山大学（中国）、上海健康大学（中国）、中国医科大学（中国）、ソウル大学（韓国）、スイス脊髄損傷センター（スイス）、ブリティッシュコロンビア大学（カナダ）などと共同研究・研究者交流を行っています。国内外の施設への留学も推奨しています。米国、カナダ、スイスなどが主たる候補地です。

常態的に共同で開発研究を行っている企業は、トヨタ自動車、NTTドコモ、ブラザー、大塚製薬工場、キッセイコムテック、アスカ、東名プレース、今仙技術研究所、日本精密測器、メディカルクリエートなど多数あります。

学会・研究会活動にも積極的に関与しています。主な現職として、才藤栄一（リハビリ医学講座）が日本リハビリ医学会副理事長、リハビリ教育評価機構理事長、園田茂（リハビリ医学II講座）が回復期リハビリ病棟協会会长、近藤和泉（国立長寿医療研究センター部長）が日本ニューヨーリハビリ学会理事長を務めています。また、才藤は、国際リハビリ医学会（ISPRM）で活躍し、2019年には兵庫医科大学の道免和久教授とともに同学会を主催しました。また、国際嚥下障害学会（World Dysphagia Summit）の創設でも中心的役割を果たし、2020年、名古屋開催を決定しました。



第51回日本リハビリテーション医学会学術集会主催 2014年6月

研修会や研究会など情報発信も盛んです。常態的な公式の会だけで、藤田リハビリ研修会、七栗リハビリ研修会、2つの関連施設研修会、そして、愛知・三重がんリハビリ研修会、藤田リハADL講習会、動作解析実習研修会、摂食嚥下機能評価実習講習会、嚥下実習講習会、ポストポリオ検診、医学生と研修医向けのリハ体験セミナーなど、数多くの情報発信を行っています。

日常の生活のなかで、複数の組織を眺めること、学外・海外の臨床家・研究者を見ること、同じ目的を持ち違う環境で働く人たちと接することは、必ずや皆さんに専門性を学ぶための有力な糸口を与えてくれるでしょう。藤田リハでオープンネスを味わい、そして、身につけてください。

3. 本プログラムの研修施設群

本プログラムの研修施設群を構成する連携病院は以下の通りです。藤田医科大学病院と連携施設（18施設）の専門研修指導医38名が専攻医を指導します。

| 種別 | 名称 | 区分 |
|--------|--------------------|-------------|
| 基幹研修施設 | 藤田医科大学病院（リハビリ医学講座） | 急性期、回復期、生活期 |
| 連携施設 | 藤田医科大学ばんたね病院 | 急性期、生活期 |
| | 国立長寿医療研究センター病院 | 急性期、回復期、生活期 |
| | 刈谷豊田総合病院 | 急性期、回復期、生活期 |
| | 中部ろうさい病院 | 急性期、回復期 |
| | 輝山会記念病院 | 急性期、回復期、生活期 |
| | 国際医療福祉大学病院 | 急性期 |
| | 中京病院 | 急性期 |
| | 佐賀大学附属病院 | 急性期 |
| | 足利赤十字病院 | 急性期、回復期 |
| | 藤田医科大学七栗記念病院 | 回復期、生活期 |
| | 鵜飼リハビリテーション病院 | 回復期、生活期 |
| | 宇野病院 | 回復期、生活期 |
| | 三九朗病院 | 回復期、生活期 |
| | 初台リハビリテーション病院 | 回復期、生活期 |
| | 船橋市立リハビリテーション病院 | 回復期、生活期 |
| | 近森リハビリテーション病院 | 回復期、生活期 |
| 関連施設 | 松阪中央総合病院 | 急性期、生活期 |
| | 花の丘病院 | 回復期、生活期 |

本プログラム研修施設群の地理的範囲

主な連携施設は愛知県と東海3県の中核都市にあります。

専攻医に、患者の活動をより一層促進する方法を駆使した障害の実用的な解決を経験してもらうために、以下のような様々な特徴を持つ各地の病院とも連携を組んでいます。

- ・急性期病院で初期研修の段階から重点的なリハビリに接する機会がある。
- ・回復期から生活期へのシームレスな介入を行っている。
- ・筋電義手等の専門治療に取り組んでいる。
- ・ロボティックリハビリテーションの臨床応用に取り組んでいる。

幅広いリハビリ治療を学ぶことにより、研修終了後のキャリアパスにつなげる取り組みを行います。

4. 研修管理部門

基幹施設である藤田医科大学病院に、リハビリ科専門研修プログラム管理委員会と、統括責任者を置きます。連携施設群には、連携施設担当者が置かれます。藤田医科大学リハビリ科専門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、および連携施設担当委員で構成されます。

専門研修プログラム管理委員会の主な役割は、①研修プログラムの作成・修正を行い、②施設内の研修だけでなく、連携施設への出張、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

機会の提供を行い、③指導医や専攻医の評価が適切か検討し、④研修プログラムの終了判定を行い、修了証を発行することにあります。特に藤田医科大学リハビリ科専門研修プログラムには多くの連携施設が含まれるので、互いの連絡を密にして、各専攻医が適切な研修を受けられるように管理します。

5. 募集および採用について

1) 募集人数

毎年6名を受入数とします。

本プログラムでは、基幹施設に8名、プログラム全体では36名の指導医が在籍しています。指導医数には十分に余裕があり、専攻医の希望によるローテートのばらつきに対しても十分対応できます。また病院群の症例数は、専攻医の必要経験数に対しても十分に提供できるものとなっています。

2) 応募資格

募集年度末に初期臨床研修を修了見込み、あるいは初期臨床研修を修了しているものとします。

3) 応募方法と選考方法

藤田リハ研修プログラム管理委員会は、毎年4月から病院ホームページでの広報や研修説明会等を行い、リハビリ科専攻医を募集します。研修プログラムへの応募者は、〆切日までに研修プログラム統括責任者宛に所定の形式の「藤田医科大学病院リハビリ科専門研修プログラム応募申請書」および履歴書、医師免許証の写しを提出してください。申請書は、①藤田医科大学医学部リハビリテーション医学講座のホームページよりダウンロード、②電話で問い合わせ、③e-mailで問い合わせのいずれの方法でも入手可能です。

4) 選考日と採否の通知

日本専門医機構から提示される日程に沿って原則として書類選考および面接を行い、採否を本人に文書で通知します。

6. 専攻医の就業環境について

専門研修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。特に女性医師、家族等の介護を行う必要がある医師に十分な配慮を心がけます。

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、雇用契約を結ぶ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、研修施設に対する評価を行い、その内容は本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。

7. 研修の週間計画および年間計画

代表として基幹施設の週間スケジュールを掲載します。連携施設の週間予定は、各施設の紹介ページ（p27~90）を参照してください。

基幹施設：藤田医科大学リハビリテーション医学講座

大学病院リハビリ科は、中央診療科として入院患者の3分の1を治療する外来機能に加え、2018年1月にオープンした60床の回復期リハビリ病床を有しています。専攻医は上記の両方に携わります。中央診療科機能では、多彩な疾患と急性期治療におけるリハビリ治療の要点を学び、病棟主治医としては、回復過程のリハビリ治療に参加し、麻痺、高次脳機能障害、排泄障害、ADL障害等の評価・治療を担当します。

専攻医は、効率的な体験のために回復期リハビリ病棟の2つのチームの1つに一定期間属しながら研修します。2つのチームとも、指導医の元で様々な障害に対する評価・治療を経験します。また、各種専門外来（痙縮、摂食嚥下、呼吸リハ、小児リハ）・検査（動作解析、摂食嚥下、筋電図、膀胱機能など）に同席して、指導医の指導を受けます。共通スケジュールでは、週1回、外来往診担当として救急病棟からの依頼に対応し、急性期疾患の病態把握、リハビリ処方を学び、各種カンファレンスにおいて多職種とのコミュニケーション、リハビリ科医としてのリーダーシップの取り方を学びます。

藤田医科大学は、大学として初の地域包括ケア中核センターを開設し、居宅介護事業所、訪問看護、訪問リハビリを行っています。大学病院から退院する患者の支援、特に緩和ケア病棟との密接な連携をして、在宅介護の支援を行います。また、大学病院の隣にある高齢化率25%を超える豊明団地に「まちかど保健室」を開設し、地域住民との交流をはかり、高齢者の健康維持の取り組みを行っています。

週1回の抄読会や勉強会、検査検討会等で自己学習を習慣化します。

・基本スケジュール

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 8:45-9:00 病棟全体ミーティング | | | | | | | |
| 9:00-11:00 病棟主治医ミーティング | | | | | | | |
| 9:00-12:00 病棟業務 | | | | | | | |
| 8:30-16:00 リハビリ科外来往診業務（土曜は～13:00） (担当制、週1回) | | | | | | | |
| 13:00-13:30 病棟勉強会 | | | | | | | |
| 13:00-15:00 医局会・医局カンファレンス | | | | | | | |
| 13:00-17:00 病棟業務 | | | | | | | |

* 365日リハビリ実施のため、日曜日も交代で出勤します。出勤日の代休を平日にとります。

・勉強会、カンファレンス等

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 17:30-19:30 VF検討会 | | | | | | | |
| 7:45- 8:30 抄読会、勉強会 | | | | | | | |
| 13:00-13:30 回復期リハビリ病棟勉強会（多職種） | | | | | | | |
| 13:30-15:00 医局会・医局カンファレンス | | | | | | | |
| 15:30-16:00 脳外科合同カンファレンス | | | | | | | |
| 16:30-17:00 神経内科合同カンファレンス | | | | | | | |

*上記以外に、院内他科連携カンファレンス（SCU/NCU、緩和ケア病棟、救急総合内科病棟）、療法士専従病棟回診等があり、専攻医は参加が推奨されます。

・専門外来、検査

専攻医は指導医について外来を見学し、上級医の指導のもとで検査を実施します。病棟主治医としては担当することの少ない、リンパ浮腫、小児疾患などの長期的な経過を診ることができます。

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 9:00-13:00 フットケア、リンパ浮腫外来 | | | | | | | |
| 13:00-15:30 呼吸器リハビリ外来（隔週） | | | | | | | |
| 13:00-17:00 小児リハビリ外来（隔週） | | | | | | | |

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 14:00-17:00 痢縮治療外来（ボツリヌス, ITB） | | | | | | | |
| 16:00-17:00 膀胱造影検査 | | ■ | ■ | | | ■ | |
| 10:00-13:00 嘸下回診 | | ■ | | ■ | | ■ | |
| 13:00-16:00 嘸下造影検査（VF） | | ■ | | | | | ■ |
| 9:00-16:00 歩行分析 | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 9:00-16:00 上下肢動作解析 | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 11:00-12:00 ロボットリハビリテーション（上肢） | ■ | ■ | | | | | |
| 16:00-17:00 ロボットリハビリテーション（下肢） | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| 17:30-18:30 歩行カンファレンス | | | | | | ■ | |
| 17:30-18:30 上肢カンファレンス | | | ■ | | | | |
| 9:00-12:00 筋電図検査 | | | ■ | | | | |
| （随時）モーターポイントブロック | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |

*ロボットリハビリテーションの時間については随時変更があります。

・摂食嚥下評価

共通のプログラムの他、嚥下造影検査（VF）、嚥下内視鏡検査（VE）を指導医の下で実施し、病態診断と重症度判定、方針決定が一人で行えるよう研修します。また、嚥下CTやマノメトリーを用いた機能評価、訓練内容を指導医と議論します。また、摂食嚥下認定看護師と協働して、多職種による摂食嚥下治療チームに参加し、嚥下回診を実施します。ベッドサイドを訪問し、スクリーニングおよび嚥下内視鏡検査による評価を行い、その後の訓練介入、経過フォローを行います。

・ロボット・動作解析

共通のプログラムの他、ロボット治療チームに参加し、機能向上、歩行再建を目的とした上下肢のロボット訓練の計画、実施場面の観察、効果判定を行います。同時に、ロボット開発研究にも参加し、プロジェクト研究のあり方を学びます。また、リハビリ治療に欠かせない評価法である動作解析を体系的に学び、実際にその応用として、麻痺、失調、バランス、歩行、装具の評価などを受持患者に適用し、その意味づけを考察します。

8. プログラムローテート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藤田医科大学病院を基幹施設とし、近隣の連携病院を中心として、各地の連携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、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。これは専攻医が専門医取得に必要な経験を積むことに大変有効です。

リハビリの分野は領域を大まかに8つに分けますが、他の診療科にまたがる疾患が多く、障害像も多様です。急性期から回復期、生活期（維持期）を通じて、一つの施設で症例を経験することは困難です。このため、複数の連携施設で多彩な症例を多数経験することで医師としての基本的な力を獲得します。

また、医師としての基礎となる課題探索能力や課題解決能力は、一つ一つの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ることで身についていきます。このことは大学などの臨床研究のプロセスに触れることで養われます。本プログラムの連携施設のうち、どの研修病院を選んでも指導内容や経験症例数に不公平が無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、個々の専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制等を勘案して、FHURプログラム管理委員会が決定します。

2) 地域医療の経験

それぞれの施設による特徴はありますが、基幹施設、連携施設・関連施設において地域医療における病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療などの意義について責任を持って多くの症例の診療にあたる機会を経験することができます。詳細は各施設の紹介ページをご参照ください。

藤田リハには大学病院として初の地域包括ケア中核支援センターがあり、居宅介護事業所、訪問看護、訪問リハビリを行っています。大学病院から退院する患者の支援、特に緩和ケア病棟との連携を強く持ち、在宅介護の支援を行います。また、大学病院の隣にある高齢化率25%を超える団地に「まちかど保健室」を開設し、地域住民との交流をはかり、高齢者の健康維持の取り組みを行っています。

表1 プログラムロードマップ例

| | 1年目 | 2年目 | 3年目 |
|-----|--|--|---|
| 例1) | 【基幹施設】 大学病院にて基本診療、各種検査を経験 | 【連携施設】 回復期リハビリ病棟主治医 | 【連携施設・関連施設】 急性期、回復期、生活期など、各連携施設の特徴あり |
| | 藤田医科大学病院 (ばんたね病院(半年間)の場合あり) | 七栗記念病院 鵜飼リハビリテーション病院 輝山会記念病院 宇野病院 三九郎病院 初台リハビリテーション病院 船橋市立リハビリテーション病院 近森リハビリテーション病院 | 国立長寿医療研究センター病院 刈谷豊田総合病院 中部ろうさい病院 国際医療福祉大学病院 足利赤十字病院 佐賀大学医学部附属病院 松阪中央総合病院 中京病院 花の丘病院 |
| 例2) | 【連携施設】 急性期病院にて基本診療、回復期主治医を経験 | 【基幹施設】 大学病院にて各種検査、病棟主治医を経験 | 【連携施設・関連施設】 急性期、回復期、生活期など、各連携施設の特徴あり |
| | 国立長寿医療研究センター病院 刈谷豊田総合病院 中部ろうさい病院 国際医療福祉大学病院 足利赤十字病院 佐賀大学医学部附属病院 | 藤田医科大学病院 (ばんたね病院:半年間の場合あり) | 七栗記念病院 鵜飼リハビリテーション病院 輝山会記念病院 宇野病院 三九郎病院 初台リハビリテーション病院 船橋市立リハビリテーション病院 近森リハビリテーション病院 松阪中央総合病院 中京病院 花の丘病院 |

例1) の研修内容と予想される経験症例数

| | | 1年目 | 2年目 | 3年目 | |
|----------------|--|---|---|---|---|
| 区分 | | 藤田医科大学病院 急性期 回復期 生活期 訪問リハビリ 通所リハビリ | ばんたね病院 急性期 心臓リハ | 七栗記念病院 回復期 生活期 通所リハビリ | 刈谷豊田総合病院 急性期 回復期 生活期 訪問リハビリ 通所リハビリ |
| 施設概要 | リハビリ科医師数： 本プログラム指導医数： リハビリ科病床数： (回復期病床数) | 13人 8人 15床 (0床) | 2人 1人 0床 (0床) | 8人 4人 150床 (150床) | 3人 1人 42床 (42床) |
| 研修概要 | 入院患者コンサルト数： 外来数： | 120例/週 50~100例/日 | 40例/週 40例/日 | 15例/週 5例/週 | 70例/週 50-70例/日 |
| 経験予定症例数 | 担当コンサルト新患数： 担当外来数： | 15例/週 5例/週 | 20例/週 5例/週 | 5例/週 5例/週 | 20例/週 5例/週 |
| | 特殊外来： | 痙攣治療 5例/週 呼吸リハ 1例/週 摂食嚥下 10例/週 小児リハ 5例/週 | 痙攣治療 1例/週 摂食嚥下 1例/週 | 痙攣治療 1例/週 訪問リハ 1例/週 摂食嚥下 5例/週 | 痙攣治療 1例/週 訪問リハ 1例/週 摂食嚥下 5例/週 小児リハ 1例/週 |
| 経験すべき治療・評価の予定数 | (1) 脳血管障害・外傷性脳損傷など (2) 脊椎脊髄疾患・骨折 (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) | 30例 20例 30例 5例 5例 2例 10例 10例 | 100例 10例 50例 5例 10例 2例 100例 30例 | 80例 80例 70例 0例 2例 0例 0例 4例 | 100例 30例 40例 4例 20例 4例 20例 20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 心肺運動負荷試験 | 5例 10例 10例 30例 5例 0例 | 20例 20例 20例 100例 0例 1例 | 8例 80例 120例 80例 20例 0例 | 0例 10例 20例 200例 0例 0例 |
| | 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 ロック療法 | 30例 30例 30例 1例 10例 10例 15例 10例 | 300例 200例 100例 1例 10例 30例 100例 15例 | 80例 80例 50例 0例 20例 10例 8例 6例 | 600例 300例 160例 2例 40例 4例 60例 10例 |

9. 全体行事の年間スケジュール

全体行事予定

| 月 | 全体行事予定 |
|----|--|
| 4 | SR*1：研修開始、専攻医および指導医に提出用資料の配布 SR2, 3 研修終了予定者：前年度の研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を提出 |
| 5 | 医学生・医師リハビリ体験セミナー（GW）**開催 全体勉強会（major）***参加 |
| 8 | 医学生・医師リハビリ体験セミナー（夏季）**開催 臨床先進リハビリテーションカンファレンス参加 |
| 9 | 指導医/専攻医フィードバック面談 |
| 10 | 全体勉強会（major）***参加 SR1,2,3：研修目標達成度評価報告書用紙と経験症例数報告用紙の作成（中間報告） |
| 11 | SR1,2,3：研修目標達成度評価報告書用紙と経験症例数報告用紙の提出（中間報告） |
| 2 | 全体勉強会（major）**参加 指導医/専攻医フィードバック面談 専攻医：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 |
| 3 | 6大学合同リハビリテーションカンファレンス参加 指導責任者/指導医/専攻医フィードバック面談 その年度の研修終了 SR1,2,3：研修目標達成度評価報告書用紙と経験症例数報告用紙の作成（年次報告） (書類は翌月に提出) SR1,2,3：研修プログラム評価報告用紙の作成（書類は翌月に提出） 指導医・指導責任者：指導実績報告用紙の作成（書類は翌月に提出） |

*SR1,2,3：専門研修1年目、2年目、3年目を指します。

**医学生・研修医リハビリ体験セミナー：リハビリ医学の面白さ、リハビリ医の使命、役割を広く理解してもらうためにGWと夏季の2回開催しています。全国から多数の医学生、研修医あるいは転科希望医師の参加実績があり、参加者にはリピーターも数多く含まれています。

***全体勉強会（major）：基幹施設、連携施設に勤務している指導医、専門医、専攻医が集まり、テーマに基づいて学習あるいは研究した内容を発表し、意見交換を行います。毎回、指導医から1題、専攻医から1題を発表し、内容は先端医療、研究に関連することから基礎的な内容まで多岐にわたります。

研修会、関連学会予定

| 開催月 | 研修会、関連学会 |
|-----|---|
| 5 | WCNR; World Congress for NeuroRehabilitation |
| 6 | 日本リハビリテーション医学春季学術集会参加 |
| 6 | ISPRM; International Society of Physical and Rehabilitation Medicine World congress |
| 8 | 日本リハビリテーション医学会中部・東海地方会参加 |
| 8 | 回復期リハビリテーション病棟協会研究大会 |
| 8 | 日本臨床医療福祉学会学術大会 |

開催月 研修会, 関連学会

- 9 日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会
- 9 AOCPRM; Asia-Oceanian Conference of Physical and Rehabilitation Medicine
- 10 日本リハビリテーション医学会秋季学術集会参加
- 10 日本リハビリテーション医学会 臨床筋電図・電気診断学入門講習会
- 11 日本臨床神経生理学会学術大会
- 11 日本義肢装具学会学術大会
- 11 日本リハビリテーション医学会 脊損尿路管理研修会
- 11 日本脊髄損傷医学会学術大会
- 2 日本リハビリテーション医学会中部・東海地方会学術集会参加
- 2 日本ニューロリハビリテーション学会学術大会
- 2 AOCNR; Asia-Oceanian Congress for NuroRehabilitation
- 2 Japan-Korea NeuroRehabilitation Conference
- 3 日本リハビリテーション医学会 実習研修会「動作解析と運動学実習」
- 3 DRS; Dysphagia Research Society Annual meeting

10. 専門研修実績記録システム, マニュアル等について

1) 研修実績および評価の記録

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できる「専攻医研修実績記録」に研修実績を記録し, 指導医による形成的評価, フィードバックを定期的に受けます. 各施設の指導責任者による総括的評価を毎年9月末（中間報告）と3月末（年次報告）に行います.

藤田医科大学病院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
- ・指導医マニュアル
- ・専攻医研修実績記録フォーマット

2) 指導医による指導とフィードバックの記録

専攻医は一定の経験を積むごとに「専攻医研修実績記録フォーマット」に研修実績を記録し, 達成度の自己評価を記録してください. 指導医は3ヶ月ごとに形成的評価を行い, 講評を記載します.

基本的診療能力・態度（コアコンピテンシー）, 総論（知識・技能）, 各論（8領域）の各分野の形成的自己評価を毎年9月末（中間報告）と3月末（年次報告）に行い, 「専攻医研修実績記録フォーマット」を印刷したものを各施設の指導責任者に提出します. 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.

11. 研修の終了について

1) 終了判定について

3年間の研修期間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、専門医認定申請年（3年目あるいはそれ以後）の3月末に統括責任者または連携施設担当者がプログラム管理委員会において評価し、統括責任者が終了の判定をします。

2) 研修プログラムの終了に向けて行うべきこと

専攻医は「藤田リハ研修プログラム終了判定申請書」を研修終了の3月までにプログラム管理委員会に送付してください。プログラム管理委員会は3月末までに終了判定を行い、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。

3) リハビリ科専門医試験について

リハビリ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。

- ・本医学会における主演者の学会抄録2篇を有する事。
- ・2篇のうち1篇は、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ます。

12. 研修終了後のキャリアパス

リハビリ科医のキャリアは多岐にわたります。いろいろな選択肢があるので、リハビリテーション医学講座で実際に研修を受けた医師のキャリアパスを以下に載せます。

| | 卒後1～2年目 | 卒後3年目 | 卒後4年目～ | 現在 |
|--------------------|---|--|---|---|
| A医師 藤田医科大学 卒 | 出身校の藤田医科大学病院で初期研修。 腎臓内科と迷った末にリハビリ科に入局。 | 連携病院の回復期リハビリ病棟にて、リハビリの流れや嚥下機能評価について学ぶ。 大学院にも入学。 | 大学病院に勤務し、基本領域の知識、装具処方、筋電図、ブロックの手技を学ぶ。 卒後6年目で専門医を取得。同時に動作解析の研究で学位を取得。 | 連携病院の回復期病棟の立ち上げに参加。 卒後11年目で指導医取得し、後輩の指導にも力を入れている。 高齢者のバランス練習のテーマで英語論文を投稿するなど、研究活動も継続。 |
| B医師 藤田医科大学 卒 | 市中基幹病院での初期研修を選択。リハビリ科コード時に尊敬できる医師に出会い、臓器別の科とは異なる、様々な障害を診るリハビリ科に興味を持ち入局。 | 大学院に進学。社会人大学院生として、引き続き初期研修を受けた病院で勤務。リハビリ科に関連の深い、神経内科、脳外科、整形外科を3ヶ月ずつ研修。 | 大学附属病院の回復期リハビリ病棟で、主治医として回復期のリハビリ治療にどっぷりとつかりながら、臨床研究を継続。 卒後6年目で専門医および学位を取得。 | 結婚を機に連携病院に移動。回復期リハビリ病棟で主治医として勤務。出産を経験し、子育てしながら主治医として奮闘中。 |
| C医師 国立大学卒 | 関東の大学の初期研修プログラムを履修。患者の退院後の生活をサポートするリハビリ科に興味を持ち、入局。 | 大学院に入り、臨床と研究の両方を経験。急性期の外来担当、専門外来での研修を中心にを行う。 | 回復期リハビリ病棟を持つ病院に勤務し、嚥下や排尿に関わる検査、在宅復帰に向けたプランを策定など生活全般に関わるリハビリの経験を積む。 | 藤田医科大学病院で病棟、外来を担当するとともに、動作分析やロボットなど様々な臨床研究に参加している。4月から1年間の海外留学へ。 |

| | 卒後1～2年目 | 卒後3年目 | 卒後4年目～ | 現在 |
|--------------|---|--|---|---|
| D医師 国立大学卒 | リハビリ科のローテートができる大学病院で初期研修をしたいと思い、藤田医科大学へ、1ヶ月のリハビリ科研修中に患者さんの回復する様子を目撃するにし、リハビリ医になろうと決心。 | 連携病院の回復期リハビリ病棟で装具療法、排尿障害の管理、高次脳機能障害など、リハビリ科の基礎を勉強。大学院にも入学。 | 回復期リハビリ病院の後、大学病院に勤務し、異なるシステムの中で、主治医として様々な症例を経験。歩行分析や摂食嚥下障害の評価などを学ぶ。学位取得し、卒後6年目で専門医取得。 | 関東の回復期リハビリ病棟勤務を経験、地域性の違いを知る。現在は愛知県内の連携病院でリハビリ科医長として勤務。患者さんの回復を第一に考えながら日々、臨床を頑張っている。 |

13. リハビリ科研修プログラムの概要

ここでは、日本リハビリテーション医学会が定めているリハビリテーション科専門研修プログラム整備基準から抜粋したプログラムの概要について説明します。詳細は学会ホームページをご参照ください。

1) 専門研修プログラムを支える体制

(2) 専門研修施設の認定基準

3. 基幹施設

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ります。

- 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であること。
- リハビリ科を院内外に標榜していること。
- リハビリ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)が常勤であること。
- 研修内容に関する一般社団法人日本専門医機構による監査・調査に対応できること。

4. 連携施設

リハビリ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、リハビリ研修委員会の認定を受け、リハビリ科を院内外に標榜している病院または施設。

5. 関連施設

指導医が常勤していない回復期リハビリ施設、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ります。

(2) プログラム統括責任者の基準および役割と権限

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ちます。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ちます。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名までです。

(3) 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に関する診療・教育・研究に従事し、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ります。

- ・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) 専門研修施設群の構成要件

研修施設群の構成要件は下記に示す基準を満たす必要があります。

- ・3年の年限でリハビリ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。

(5) 連携施設での委員会組織

基幹施設に、専門研修プログラム統括責任者を長とした専門研修プログラム管理委員会を置きます。専門研修プログラム管理委員会は、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ます。

基幹施設は、研修を統括する役割を担い、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します。

専門研修プログラム管理委員会では下記を検討します。

- ・プログラムに沿った実地研修の遂行
- ・研修プログラムの作成・修正など全体のプログラム管理
- ・連携施設における専攻医の受け入れ状況の把握、受け入れの審議
- ・各専攻医プログラムの進行が適切かの評価、最終的な修了判定
- ・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

2) 研修の適応範囲

① リハビリ科専門医になるには初期臨床研修2年間の後、3年間の専門研修（後期研修）が必要です。初期臨床研修の間に、自由選択でリハビリ科を選択する場合もあると思いますが、この期間をもって3年間の専門研修期間を短縮することはできません。

② 専門研修期間中に大学院へ進むことも可能ですが、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

別記 基本的診療能力・態度（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
- 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

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等に在籍し、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ます。

③ 妊娠、出産・産前後(産休)、育児(育休)、介護(介護休)、病気(病休)、留学等にあたっては、研修プログラムの中止期間が6ヶ月までであれば、定められた研修期間の残りの期間で研修要件を満たすことによって研修期間の延長をせずにプログラム修了と認定することが可能です。6ヶ月を超える場合には、研修期間を延長します。中断が6ヶ月を超える場合は研修期間を1年延長します。1年をこえる中断の場合は、1年単位でさらに延長します。

④ 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、柔軟な専門研修プログラムの対応を行います。

⑤ 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専門医機構内のリハビリ科研修委員会への相談等が必要ですが、対応を検討します。

⑥ 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なん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なっています。

3) 研修の場

専門研修プログラムは、研修指導責任者が属する基幹施設と複数の連携施設（A・B）によって構成されます。3年間の専門研修期間中、基幹施設で最低6ヶ月以上、24ヶ月未満の研修を行います。また、病棟主治医として12ヶ月以上の研修を行い、そのうちの6ヶ月以上を回復期リハビリ病棟での研修とします。回復期リハビリ病棟での勤務期間については、指導医のいる連携施設での勤務に上限は設けませんが、指導医のいない関連施設については、リハビリ科専門医、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、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、専攻医の指導にあたる場合に限り、1施設あたり3ヶ月を上限として勤務を認めます。

勤務先については、必要な研修が受けられるよう専門研修プログラム管理委員会が専攻医の希望も考慮しながら調整します。

4) 研修の内容

専門研修の3年間の1年目、2年目、3年目には、それぞれ医師に求められる基本診療能力・態度（コアコンピテンシー）と日本リハビリ医学会が定める「リハビリ科専門研修カリキュラム（別添資料参照：以下、研修カリキュラムと略す）」にもとづいてリハビリ科専門医に求められる知識・技術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て、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ます。

(1) 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性についての考え方

医師として求められる基本的診療能力・態度（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。内容を具体的に示します。

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

医療者と患者の良好な関係をはぐくむためにもコミュニケーション能力が必要となり、医療関係者とのコミュニケーションもチーム医療のためには必要となります。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、心理状態への配慮も必要となり、専攻医に必要な技術として身につ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診療記録の的確な記載ができること

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事項ですが、リハビリ科は計画書等、説明書類も多い分野であり、診療記録・必要書類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

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く、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

障害像は患者個々で異なり、それを取り巻く社会環境も一様ではありません。医学書から学ぶだけのリハビリでは、治療に結びつきにくく、臨床の現場から経験症例を通して学び続けることの重要性を認識し、その方法を身につけるようにします。

⑥チームの一員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あたることができるだけでなく、治療方針を統一し、治療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、時間遵守などの基本的な行動も要求されます。

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り、また形成的指導が実践できるように、学生や初期研修医および後輩専攻医を指導医とともに受け持ち、患者を担当してもらいます。チーム医療の一員として後輩医師の教育・指導を担うのと同時に、他のリハビリスタッフへの教育にも参加して、チームとしての医療技術の向上に貢献してもらいます。教育・指導ができることが、生涯教育への姿勢を醸成することにつながります。

(2)研修カリキュラムと到達目標

研修カリキュラムには、経験すべき症例数が定められ、総論と各論の各項目について到達すべきレベルがA、B、Cの3段階で示されています。リハビリテーション科専門研修カリキュラム（P.28-40）を参照してください。

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が出来ない場合には、病態別実践リハビリテーション研修会DVDの視聴と付属の達成テストを行うことで、不足している経験を補い、より深い学習を行うようにします。

(3)年次ごとの専門研修計画

専攻医の研修は毎年の達成目標と達成度を評価しながら進められます。以下に年次毎の研修内容・修得目標の目安を示します。しかし実際には、個々の年次に勤務する施設には特徴があり、その中でより高い目標に向かって研修することが推奨されます。

・専門研修1年目 (SR1)

指導医の助言・指導の下に、別記の基本的診療能力を身につけるとともに、リハビリ科の基本的知識と技能（研修カリキュラムでAに分類されている評価・検査・治療）概略を理解し、一部を実践できることが求められます。

・専門研修2年目 (SR2)

基本的診療能力の向上に加えて、リハビリ関連職種の指導にも参画します。基本的診療能力については、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ようにしてください。基本的知識・技能に関しては、指導医の監視のもと、研修カリキュラムでAに分類されている評価・検査・治療の大部分を実践でき、Bに分類されているもの一部について適切に判断し、専門診療科と連携し、実際の診断・治療へ応用する力を養うことを目標としてください。指導医は日々の臨床を通して専攻医の知識・技能の習得を図ってください。

・専門研修3年目 (SR3)

基本的診療能力については、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ができるようにして下さい。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の概略を理解し経験していることが求められます。専攻医は専門医取得に向け、より積極的に専門知識・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すべてを満たすように努力して下さい。

(4) 臨床現場での学習

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びます。

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います。

小児リハビリ外来・補装具外来・摂食嚥下外来・痙攣外来などの専門外来での指導医からの指導を通じて、高度な技能を修得できるようにします。

(5) 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に在籍中に、通所リハビリ、訪問リハビリなど介護保険事業、地域リハビリ等に関する見学・実習を行い、急性期から回復期、維持期における医療・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、脳卒中バスや大腿骨頸部骨折バスでの病診・病病連携会議への出席など、疾病的経過・障害にあわせたりハビリ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、連続した勤務でなくとも月に2回を5ヶ月以上などでも認められます。

(6) 臨床現場を離れた学習

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下記を学びます。

- ①国内外の標準的治療および先進的・研究的治療
- ②医療安全、感染管理、医療倫理など
- ③指導・教育、評価法など

(7) 求められる学問的姿勢

以下の姿勢が求められます。

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の情報収集を行う態度を修得する。

③研究を立案し学会で発表する。得られた成果は論文として発表して、公に広めるとともに批評を受ける姿勢を身につける。

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。

日本リハビリテーション医学会が主催する、学術集会や地方会、専門医会、各種研修会に積極的に参加します。指導医の指導のもとリハビリテーション医学会学術集会・地方会学術集会での発表を2回以上行い、リハビリテーション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。

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積極的に行ってください。

5) 専門研修の評価、修了判定

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るものです。

・ 専攻医の評価

専門研修の1年目、2年目、3年目のそれぞれに、コアコンピテンシーとリハビリ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、リハビリに関わる各職種から臨床経験が豊かで専攻医と直接関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・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ヶ月ごとに上書きしていきます。

3年間の総合的な終了判定は研修プログラム統括責任者が行います。この終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。

・ 形成的評価

勤務している研修施設の指導医が定期的（半年に1回以上）にフィードバックを行い、形成的評価を行います。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、修得した期日・評価・内容を記載し、指導医はサインを行います。

研修施設毎に、研修開始時・6か月毎、ならびに終了時に評価内容のチェックをおこないます。開始時の評価は専攻医における自己評価のみとします。達成できなかった項目は達成できるように補習的研修を行います。

・多職種評価

リハビリ科は、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す。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となります。リハビリ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、専攻医の評価をもらいます。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します。

・総括的評価・修了判定

総括的評価・修了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行われます。総括的評価の責任者は、プログラム統括責任者です。

最終的には専門研修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・態度について判定します。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います。

専門研修プログラムの修了認定としての総括的評価を受けたうえで、専門医認定試験を受験します。

6) 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

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」を行います。

「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われ、専門研修プログラム管理委員会に送られ審議されます。記録は当該連携施設並びに基幹施設で管理され、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ます。

「研修プログラムに対する評価」は年次毎に質問紙にて行われ、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て速やかに行われます。

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科領域研修委員会に報告します。

これ以外にも専攻医等からの評価・提案は隨時受け付けます。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します。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、個別に専攻医からの申し出に応じて、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

プログラムに対する外部からの監査・調査は、サイトビジット（同僚評価）の形式により行われます。サイトビジ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。その評価にもと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良を行います。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科領域研修委員会に報告します。

7) 専攻医の採用と修了要件

(1) 募集人数

各専攻医指導施設における専攻医総数の上限（3学年分）は当該年度の指導医数×2と日本専門医機構のリハビリ科領域研修委員会で決められています。本プログラムにおける専攻医受入可能人数は、専門研修基幹施設および連携施設の受入可能人数を合算したものとなります。

(2)採用方法

研修の公募、選抜、採用時期は、リハビリテーション科プログラムとして全国で日程が統一されます。公募はホームページ上で行われ、選抜は学科試験と面接試験によって行なわれます。

(3)修了要件

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ります。研修実績として、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ります。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。

8) Subspecialtyとの連続性について

リハビリテーション領域においてSubspecialty領域である小児神経専門医、感染症専門医など（他は未確定）との連続性をもたせるため、経験症例等の取扱いは現在検討中です。

14. 各施設の研修概要と特色

- 1) 藤田医科大学 リハビリテーション医学講座
- 2) 藤田医科大学 ばんたね病院
- 3) 藤田医科大学 七栗記念病院
- 4) 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター病院
- 5) 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院
- 6) 独立行政法人労働者健康福祉機構 中部ろうさい病院
- 7) 医療法人珪山会 鵜飼リハビリテーション病院
- 8) 医療法人鉄友会 宇野病院
- 9) 医療法人三九会 三九朗病院
- 10) 医療法人輝山会 輝山会記念病院
- 11) 日本赤十字社 足利赤十字病院
- 12) 学校法人国際医療福祉大学 国際医療福祉大学病院
- 13) 医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院
- 14) 医療法人社団輝生会 船橋市立リハビリテーション病院
- 15) 佐賀大学医学部附属病院
- 16) 独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院
- 17) JA三重厚生連 松阪中央総合病院
- 18) 医療法人松徳会 花の丘病院
- 19) 社会医療法人近森会 近森リハビリテーション病院

藤田医科大学 リハビリテーション医学I講座

(藤田医科大学病院リハビリテーション科)

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98

医局電話：0562-93-2167

指導責任者：大高洋平

メールアドレス：rehabmed@fujita-hu.ac.jp

ホームページ：

<http://rehab.med.fujita-hu.ac.jp/>



施設概要

日本最大規模の大学病院である藤田医科大学病院は、1,435病床、38標榜科を有し、国内外で活躍する多数の優れた医師を擁し、ロボット手術、救急医療、リハビリテーション（以下、リハビリ）、緩和ケア、地域連携などに力を入れています。2015年11月に公表された厚生労働省調査（2014年度）では、DPC件数大学病院ランクで第1位となりました。カテゴリー別でも12種中9種が10位以内で、特にリハビリと関係の深いカテゴリーでは、神経1位、呼吸器6位、循環器3位、筋骨格16位、小児3位、外傷3位、精神7位など、極めて多様で豊富な症例を治療しています。

リハビリ科・部は、常勤医師16名（指導医8名含む）、理学療法士85名、作業療法士54名、言語聴覚士25名が、綿密な治療計画のもと、外来はもちろん、入院患者の42%（2018年実績）を治療する充実したリハビリチームです。

2015年5月の新棟開棟に伴って、国内大学最大級の総面積1,900平米、多数のロボットや最新機器を配備した新リハビリセンターが完成しました。また、2018年1月には、総面積4,000平米の回復期リハビリ病棟（60床）がオープンしました。私たちは、日々、最善の結果を求めて、臨床、研究、教育を行っています。



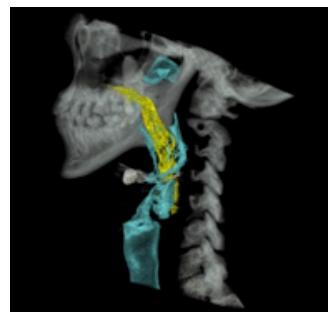
大学病院リハビリテーションセンター（訓練室）

藤田医科大学では、リハビリ関連10部署がまとまって総勢634名（2018年度）からなる「藤田医科大学リハビリ部門（以下、藤田リハ）」を形成しています。医学部には、2つのリハビリ医学講座と1つの寄付講座があり、互いに密接な連携を取っています。そのなかにあって、医学部リハビリ医学講座は、大学病院リハビリ部・科、大学院リハビリ医学Iと一体（以下、当科）となって、藤田リハの中核を担っています。

臨床の特徴

1) 豊富な症例

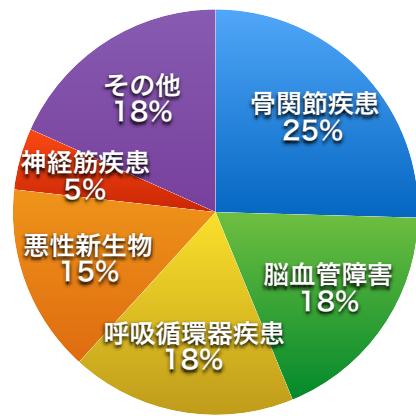
最大規模の大学病院のなかにあって、160名を超えるスタッフが週169名の新規患者を治療する当科では、骨関節疾患、脳血管障害、悪性新生物、呼吸循環器疾患、神経筋疾患など、多様かつ多数の症例を経験できます。もちろん、専門医研



修に重要な脊髄損傷、切断、小児疾患などの症例も豊富です。ちなみに2018年の新規リハビリ患者数は8,796名（週あたり169名）でした。

2018年の新規リハビリ患者数：8,796名

| | |
|---------|-------------|
| 骨関節疾患 | 1,961 (25%) |
| 脳血管障害 | 1,415 (18%) |
| 呼吸循環器疾患 | 1,385 (18%) |
| 悪性新生物 | 1,158 (15%) |
| 神経筋疾患 | 379 (5%) |
| その他 | 1,411 (18%) |



2) 急性期リハビリの体系的治療体制

急性期病院におけるリハビリ科の役割は、病院全体に十分で速やかな「活動に関わる医療」を提供することです。「安静の害を減じる」というリハビリ治療を病院の隅々まで行き渡らせるため、リハビリセンター（訓練室）で待っているだけではなく、こちらから出向いていく体制を構築しています。研修では、急性期における「活動重視の文化構築」、各科との「積極的チームワーク遂行」というリハビリ科医の役割を十分に経験できるでしょう。

・救命救急センター（ICU, 救命救急ICU, SCU, GICU, NCU, NICU）のリハビリ充実

各センターに療法士（理学療法士、作業療法士）が常駐し、依頼当日からリハビリ科医が診察しリハビリを開始します。特に、院内の重症患者、術後患者が集まるICUでは、リハビリ対応は365日体制として、患者さんの早期回復に貢献しています。

・病棟リハビリ体制充実

呼吸器内科病棟、神経内科病棟、脳神経外科病棟、救急総合内科病棟、緩和ケア病棟に専任療法士を配置し、リハビリ科医とともに回診や病棟カンファレンスに参加し、リハビリ適応の精緻化、病棟でのADL向上、退院支援の充実を図っています。呼吸器内科病棟では、集団プログラムと個別リハビリの配合が、病棟内での活動性向上もたらし入院患者のADL低下を防いでいます。

・摂食嚥下リハビリ回診

リハビリ科医、摂食嚥下認定看護師、言語聴覚士、歯科、管理栄養士がチームを組み、内視鏡などを整備した摂食嚥下リハビリ回診を週3回全病棟を対象に行うことで、見逃されやすい嚥下障害の早期発見と治療を行います。適正な食事摂取、誤嚥性肺炎の予防に大きな貢献をしています。



3) 多彩で高度なリハビリ科入院治療

回復期リハビリ病床60床を持ち、疾患、発症時期に関わらずリハビリ適応のある患者さんの入院治療を行っています。脳卒中、脊髄損傷、重度摂食嚥下障害、外傷性脳損傷、多発外傷、下肢切断、神経筋疾患、CRPS等の多彩な症例を治療しています。特に、ロボットによる歩行再建、重度嚥下障害患者の高度リハビリ治療は、多くの成果を上げてきました。研修では、主治医のひとりとして治療チームに参加することで、リハビリ治療をとことん考える機会を得ることができます。

4) 積極的な他科・多職種連携

リハビリチームを他科・他者との関係の中で、しなやかに動けるよう連携を創り上げることは、リハビリ科医の重要な役割の一つです。

・他科との連携

脳卒中科とは毎日、脳神経外科、神経内科とは週1回の合同カンファレンスを開催し、リスク要因、治療方向性、経時的進捗を確認します。また、精神科と共同で精神疾患患者の集団作業療法プログラムを運営しています。

・チーム活動

病院内のNutrition supportチーム(NST)、緩和ケアチーム、褥創ケアチーム、安全管理部の一員として、院内事例に積極的に対応しています。



合同カンファレンス

5) 新しい福祉連携、社会連携の形

リハビリ科は、福祉や地域との連携という側面でも大きな役割を担います。研修では、大学病院にいながら福祉や社会にまで十分に視野を広げることができるでしょう。

・地域包括ケア中核センター

医療科学部が中心で2013年にスタートした藤田医科大学地域包括ケア中核センターと連携して、地域での生活期リハビリを支援しています。豊明団地でのまちかど保健室や学生教員の団地内居住など新しい試みが開始されています。



ポストポリオ検診

・ポストポリオ検診

患者さん達からの強い要望に応えて、ポリオ友の会東海（患者会）との連携のもとリハビリ科が中心となって年3回の総合検診を開催しています。検診では、ポリオ経験者の筋力、関節可動域、痛みの有無、歩行能力を評価し、ポストポリオ症候群の診断・治療につなげます。ポリオ、ポストポリオに関する講義や個別の生活相談によってポストポリオの予防に貢献しています。

豊富な研究テーマと先進的環境

当科の研究は、臨床研究を基本としています。特に、新しく優れたもの（機器、モデル、システムなど）を実際に生み出すこと、すなわち、開発研究をその中心に置いています。また、研究の多くは、体系的に行う必要があるため、プロジェクトという形をとります。企業や外部研究施設との共同研究も多数あります。そして、その成果の多くが国内外で高く評価されています。

研究結果から得た知見や成果は、可及的に日常臨床に導入されます。研修では、新型装具、ロボット、安全懸架、嚥下CT、動作解析など「私たちが開発した最先端の診断・治療手段が、臨床で実際に使用されることで、また新たな発見や発明に繋がる」という躍動する進化プロセスを体験してください。

臨床や研究のなかで見出した様々な知見を検討、整理して、国内・国際学会で発表すること、またそれを論文にまとめることは研修の大きな柱の一つです。幸い多くの先輩や仲間が皆さんを支えてくれます。研修を終了する頃には、研究とは何か、何が必要な知識と技術なのかを十分に理解し、また、その能力を獲得できるでしょう。

より深く研究に関与したい場合には、大学院入学を併願できます。専門医試験合格と学位取得を同時に達成することは決して夢ではありません。1995年から今までに45名が藤田リハで博士号を取得しています。以下に主たる研究テーマを紹介します。

・摂食嚥下リハビリテーション

摂食嚥下は、ヒトの生存と生活に欠くことのできない活動であり喜びです。安全に食べるための機能を包括的に解明することを目的とした「咀嚼と嚥下の機能連関（咀嚼嚥下複合体）」の研究では共同研究機関であるジョンズホプキンス大学とともに世界をリードしています。また、世界初の3DCTを用いた嚥下動態解析によって、嚥下時の喉頭閉鎖の違いや嚥下手技のメカニズムを明らかにしてきました。2008年に始まったこの研究では、すでに国内外で11の賞を獲得しています。また、企業との共同開発によって、臨床における治療効果を向上させるための練習用椅子、嚥下調整食、バルーンカテーテルの開発、等を行っています。

・リハビリテーションロボティックス

藤田リハは日本におけるリハビリロボット開発のメッカです。対麻痺者用歩行自立支援ロボット（WPAL、アスカ）、バランス練習支援ロボット（BEAR、トヨタ自動車）、歩行練習支援ロボット（GEAR、トヨタ自動車）、移乗介護支援ロボット（トヨタ自動車）、歩行自立支援ロボット（トヨタ自動車）など多数の開発研究を行っています。また、上肢練習支援ロボット（InMotion ARM, ReoGo-J）の臨床応用研究を行っています。電気刺激装置など他の治療装置との併用についても検討しています。2015年には、私たちのロボット研究が認められ、才藤が国際リハビリ医学会において最高の賞であるSidney Licht賞を受賞しました。2016年から新しい介護支援ロボットのあり方を方向づけるロボティクスマートホームの研究を開始します。



GEAR



WPAL

・歩行再建と装具療法

装具を歩行練習における難易度調整に使用するというシステムは藤田リハが実用化したものです。東名ブレースとの共同開発である後方支柱式短下肢装具（APS-AFO）は、運動指向性、調節性に優れ、歩行機能に合わせた練習課題設定に効果を発揮しています。

・3次元動作解析・歩行分析

複雑な活動の問題を抱える患者さんを精緻に治療するためには客観的定量評価が欠かせません。藤田リハでは、麻痺、バランス障害、歩行障害の病態解明のため、臨床で常用できる3次元動作解析・歩行分析法を開発しています。また、その成果をもとに歩行障害のメカニズム解明、麻痺の回復予測、転倒リスク予測など運動障害の臨床に役立つ研究を行っています。

・リハビリテーションシステムの開発

標準的リハビリとは何かという問い合わせに対する答えは未だ曖昧です。原点に立ち返り、日々の練習の解析、その効果への影響を豊富な症例をもとに統計的に検討しています。さらに海外の研究機関と連携しながら、機能、活動の経過記録を国際生活機能分類（ICF）に基づきデータベース化し、生活の様々な側面についての帰結予測および介入法検討につなげる取り組みを進めています。

豊富で多彩な教育・国際交流

同一敷地内に医学部、医療科学部リハビリ学科があり、講義を通して学生時代から共通の理念でリハビリを学び、卒業後も医師と療法士が高いコミュニケーションを保ちつつ、治療や研究を進めていける環境を有しています。また、国内外の臨床家・研究者との交流も盛んです。物事を深く知るには、色々な視点での観察や体験が役立ちます。多彩な交流から豊かな学習の機会が生まれます。

・専攻医教育

中央診療科として種々の急性期疾患のリハビリ治療に関与すること、そして、リハビリ科で受持患者の主治医として治療するという体験から学びます。特に



歩行評価の様子

後者では、指導医、専門医、専攻医からなる病棟主治医チームのなかで、担当患者を通して、障害者の医学的管理はもとより、障害評価、帰結予測、心理的対応などの臨床の要点、そして、リハビリ治療の基礎となる練習科学（運動学や運動学習）を学びます。また、装具療法、痙攣治療、摂食嚥下機能評価、排泄機能評価などの方法や技術も修得します。退院に際しての社会資源の活用や連携を経験します。

その他、専門外来で指導医から治療方法を学んだり、病棟・他科合同カンファレンス、院内多職種チーム活動等への参加によってリハビリ科医の役割を深く理解することができます。

・医学部教育

リハビリ医学に関する卒前教育（学部教育）には、1年生のクリニカルエクスポージャー、4年生の系統講義（21コマ）、5年生のクリニカル・クラークシップ（1週間）、6年生の特論等があります。充実した4年生の系統講義は、コアカリキュラムと対比した内容となっていて、専攻医もその講義を聴講することでリハビリ医学の全体像を知ることができます。また、専攻医は、4・5年次の診療参加型臨床実習において医学生とともにに入院患者を受け持ち、治療計画を立てるなどの教育的役割をもち、さらに、障害を理解する上で必要な評価方法・検査等のクルーズを担当することで、半学半教を実践します。

・大学院教育

社会人大学院生として4年課程である大学院に進学することができます。臨床研究を中心課題としながら、リハビリ医学の診断学、治療学、運動学などの特論講義・実習を受講し、リハビリ医学・医療の実践的研究者となるためのカリキュラムを体験します。臨床に直結した研究テーマは、臨床を修得する上でも大いに役立つことと思います。



医局風景 研究指導

医療科学部にはリハビリ学科（理学療法学、作業療法学）があります。教員が

実際に臨床の場で患者の治療を行い、その中で後進を指導するという教育システム（COSPIRE）が特徴です。当科は、リハビリ学科の学生教育にも中心的に関与し、講義や臨床実習に関与することによって、卒前からのチームワーク形成に貢献しています。

・国内外の他大学・他施設からの研修受入れ

随時、他大学から国内留学生、見学者、短期研修者、長期研修者などを受け入れています。国外では米国、タイ、中国などから多くの短期・長期の留学生を受け入れています。留学生との間では主に英語を用いたディスカッションを行いますので、自然に英語が使用できるようになります。

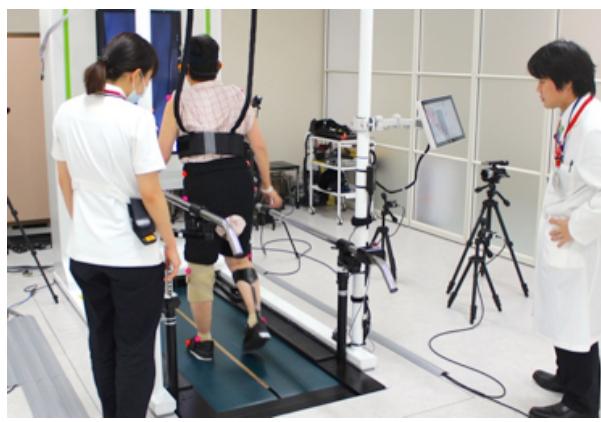


医局風景 留学生とのグループディスカッション

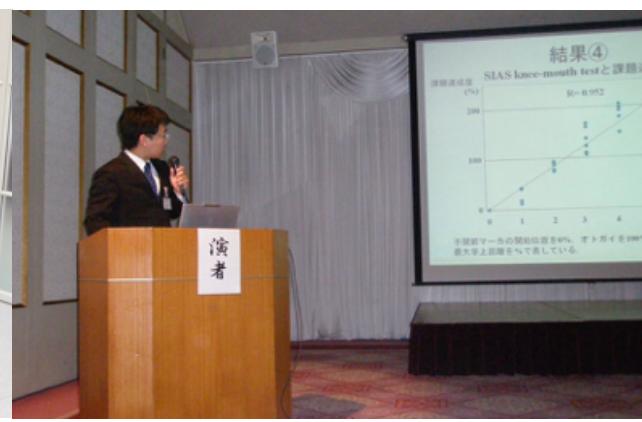
・ファカルティ・ディベロップメント

医学部や病院が主催する講習会等への参加の他、当科独自の若手医師に対する勉強会、療法士合同の研修会等を開催しています。

また、国内外の著名な研究者、臨床家を多数招き講演をしてもらうと同時に、私たちの研究を紹介、議論するなど、これからのリハビリ医学・医療について活発な意見交換の機会があります。



歩行分析の様子



学会発表

専攻医の一週間

専門研修1年目の専攻医の1週間のスケジュールです。病棟主治医として日々、担当患者さんの診察、リハビリの進捗をチェックし、指導医について外来診察や検査を実施します。また、多職種によるカンファレンスを通してチーム医療のマネージメントを学びます。日々の臨床で生じた疑問からテーマを決め、研究や学会発表等を行います。

| 月曜日 | | 火曜日 | 水曜日 |
|-----|--|---|--|
| AM | 8:00 病棟回診 8:45~9:00 病棟全体ミーティング 9:00~11:00 訓練中の患者さん診察 11:00 ポリクリ学生指導 (入院患者さんの紹介・診察) | 9:00 関連病院で外勤 回復期病棟退院後の患者さんを中心とした外来診療 | 7:45 抄読会 8:00 勉強会 8:45~9:00 病棟全体ミーティング 9:00~11:00~病棟主治医ミーティング |
| PM | 13:00~14:00 病棟カンファレンス 療法士・病棟看護師・MSWと受持ち患者さんの情報共有、方針検討 17:30 嘉下カンファレンス 前週に行った嘉下内視鏡や嘉下造影検査の所見についての検討、嘉下訓練中の患者さんの経過報告・方針相談など | 14:00~ 病棟回診 15:00 ポツリヌス外来 16:00 上級医、義肢装具士、療法士と共に装具採型 | 13:00~13:30 病棟勉強会 13:30~15:00 医局会・医局カンファレンス 15:00~17:00 病棟業務 18:00 上級医と研究ミーティング |
| 木曜日 | | 金曜日 | 土曜日 |
| AM | 8:00 病棟回診 8:45~9:00 病棟全体ミーティング 9:00~11:00 訓練中の患者さん診察 11:00 ポリクリ学生指導 (レポート指導など) | 9:00 訓練前診察 訓練室に滞在し、訓練中の急変対応なども行う 11:00 往診 ICUやNCUなど集中治療室からの依頼に対応し、リハビリ処方を行う | 8:00 病棟回診 10:00~13:00 往診 ICUやNCUなど集中治療室からの依頼に対応し、リハビリ処方を行う |
| PM | 関連病院で外勤 (回復期病院の入院患者さんの診察、薬や装具処方、病状説明など) | 14:00 担当患者さんの嘉下造影検査 15:00 リハビリ開始した他科入院患者さんの再診、必要な場合は主治医と相談し、嘉下機能検査や装具の処方を検討 17:30 大学院の講義に出席 | 学会や研修会に参加 予定のない日は帰宅 |



病棟回診



医局バーベキュー