

リハビリテーション科研修プログラム

平成 29 年度版

【Ⅰ】リハビリテーション科(以下リハビリ科)の診療と研修の概要

(1)リハビリ科の対象

リハビリ科が対象とする病態は、麻痺、感覚障害、拘縮、筋異常緊張(痙縮等)、運動失調、高次脳機能障害(失語、失認、失行、記憶等)などの機能障害、歩行障害や日常生活動作困難などの能力低下で、その焦点は **dismobility**、すなわち動けないことにある。その原因を診断し、評価(**grading**)し、治療計画を立て、理学・作業・言語療法を中心としたリハビリを行う。もちろん、一般的な画像診断、生理機能検査なども基礎にするが、特に重要なのが、**dismobility** に関連する診断技術で、大学病院においては、筋電図を初めとする電気診断は大きな位置を占める。

対象疾患は、(1)脳血管障害、脳外傷、(2)脊髄損傷、脊髄疾患、(3)関節リウマチを含む骨関節疾患、(4)脳性麻痺を含む小児疾患、(5)末梢・中枢神経を含めた神経筋疾患、(6)切断、(7)呼吸器・循環器疾患と広範囲である。特に脳卒中に関しては脳卒中科と連携し、早期からの包括的介入に取り組んでいる。また急性期横断的介入として、廃用症候群の予防はとくに重要であり、多くの疾患・外傷や術後において、適切なリスク管理のもとで介入し、生活の質向上へ向けたリハビリを実践する。

(2)研修プログラムの目的

本プログラムは、本学付属病院における卒後 2 年間の初期研修プログラムの選択研修科としてリハビリ科を選んだ場合の研修プログラムである。かつてリハビリは特殊な病院・施設で行うものとされてきたが今では理学療法士を中心としたリハビリ・コメディカルのない病院は皆無に等しく、内科・外科系に関係なく、多くの診療科の医師がコメディカルにリハビリの指示を出さなければならぬ現状にある。また医療のなかだけでなく、介護保険の領域においても関わりをもたなければならなくなっている。本プログラムでは一般臨床医にとっても必須であるリハビリの基礎を修得することを目的とする。

【Ⅱ】研修期間

選択として 1~4 か月(6 週間も可能)の研修を提供する。プライマリーケアとしてのリハビリ習得のための研修期間は 1 か月~6 週間であるが、卒後 3 年目以降に専攻しようとする診療科を決めている研修者においては、専攻予定の診療科に関わるリハビリ領域を深く研修することも可能である。また、リハビリ科専攻を考えている研修者においては、この選択期間中に、リハビリ科以外にもリハビリが深く関連する整形外科、脳卒中科、神経内科、高齢医学科、循環器内科などの診療科を含めた選択をすることが望まれる。

【Ⅲ】研修目標

I. 職業倫理

【到達目標】

1. 社会人として良識ある行動をする。
2. 患者の権利・尊厳を尊重し、適切な医療を行う。
3. 常に自己を振り返りながら研鑽に努める。

【具体的目標】

- (1) 挨拶をきちんとする。(態度)
- (2) 医師としてふさわしい身なりをする。(態度)
- (3) ルールやマナーを遵守する。(態度)
- (4) 上長・指導医・上級医の指示に従う。(態度)

- (5) 研修の成果を適切に自己評価する。(態度)
- (6) 不足している部分について積極的に学習する(態度)

II. 患者—医師関係

【到達目標】

1. 患者、家族と良好な関係を築くことができる。
2. 患者、家族のニーズを身体的・心理的・社会的側面から把握できる。
3. 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。

【具体的目標】

- (1) 個々の診療場面(病棟・外来・救急外来)において適切な医療面接を行える。(技能)
- (2) 患者、家族の訴えをよく聴き、苦痛や不安について共感的に理解する。(態度)
- (3) 検査や治療について適切に説明し、インフォームド・コンセントを得ることができる。(技能)
- (4) 患者の個人情報の管理に留意する。(態度)

III. 安全管理

【到達目標】

1. 常に安全な医療を心がける。
2. 医療安全に関するルールを理解し、遵守する。
3. 個々の場面において自分のできることとできないことを判断し、適切な行動をとることができる。

【具体的目標】

- (1) 医療安全マニュアルに基づいて個々の医療行為を行う。(態度)
- (2) 個々の医療行為に際して、定められた確認(患者確認、指差確認)の手順を確実に実施する。(態度)
- (3) 医療現場における確実な情報伝達に留意する。(指示を明確に。口答指示は手順を守り、確実に伝わったことを確認する。)(態度)
- (4) スタンダード・プリコーションを理解し、実施する。(態度)
- (5) 不確実なこと、自己の能力を超えることを強行せず、指導者に援助を求める。(問題解決、態度)

IV. チーム医療

【到達目標】

1. 診療チームのメンバーと良好な関係を築く。
2. 診療チームにおけるリハビリ科医の責任を認識し、それを果たす。
3. チームのメンバーや、他施設の人と適切に情報交換を行う。

【具体的目標】

- (1) チーム医療を構成する各職種の役割について理解する。(想起)
- (2) チーム医療における自己の責任を果たす。(態度)
- (3) チーム医療のメンバーに社会的常識と思いやりを持って接する。(態度)
- (4) チーム医療のメンバーと適切にコミュニケーション(報告、連絡、相談)する。(態度)
- (5) 場面(回診・カンファレンスなど)に応じて適切に症例呈示を行うことができる。(技能)
- (6) 診療録を遅滞なく記載する。(問題解決、態度)
- (7) 紹介状、他科紹介、返事を適切に作成できる。(解釈)

V. 医学知識

【到達目標】

1. 基本的な病態・疾患・検査法・治療法についての知識を身につける。(想起)

2. 個々に患者について適切な臨床判断ができる。
3. 根拠に基づく医療 (EBM =Evidence Based Medicine) の考え方を理解し、個々の患者の問題解決に応用できる。
4. 必要な知識を獲得する手段を身につける。

【具体的目標】

- (1) 基本的な病態・疾患・検査法・治療法についての知識を身につける。(想起)
- (2) 個々の患者について、病歴、診察所見、検査所見を適切に解釈・評価できる。(解釈)
- (3) 障害(嚥下や高次脳機能障害を含む)の評価に基づいてプロブレムリストを作成し、機能予後の予測とリハビリ目標を設定できる。(問題解決)
- (4) リハビリ処方を適切に記載できる。(問題解決)
- (5) 器具の作用と効果について理解し、処方内容を解釈できる。(問題解決)
- (6) 適切な歩行補助具、車椅子を選定し、使用法を指導することができる。(問題解決)
- (7) 摂食嚥下機能療法の基本的事項を実施・指導できる。(問題解決)
- (8) 療養指導(安静度、体位、入浴、排泄、環境整備等)を行うことができる。(問題解決)
- (9) リハビリに関連する EBM を個々の患者に活用できる。(問題解決)

VI. 診療技能

【到達目標】

1. 基本的な診療技能(医療面接・身体診察・検査手技・治療手技)を身につける。

【具体的目標】

- (1) 個々の診療場面(病棟・外来・救急外来)において適切な医療面接を行うことができる(Ⅱ. 患者－医師関係にも記載)。(技能)
- (2) 成人の基本的な身体診察(バイタルサイン、全身状態、皮膚、頭頸部、胸部、腹部、四肢、神経系)を適切に実施できる。(技能)
- (3) 小児の基本的な身体診察(バイタルサイン、全身状態、皮膚、頭頸部、胸部、腹部、四肢、神経系)を適切に実施できる。(技能)
- (4) 障害学に立脚したリハビリ科の診察を適切に実施できる。(技能)
- (5) 日常生活動作(ADL)を評価できる。(技能)
- (6) 嚥下関連検査結果、神経伝導検査・筋電図結果を評価できる。(技能)

VII. 医療の社会性

【到達目標】

1. 保健医療法規・制度を理解し、遵守する。
2. 医療保険、公費負担医療を理解し、コスト意識を持って適切に診療する。
3. 地域医療のありかたと医師の役割について理解する。

【具体的目標】

- (1) 保健医療法規にのっとり適切な診療をする。(態度)
- (2) 医療保険、公費負担制度を理解する。(想起)
- (3) 身体障害者手帳など、リハビリに関連する公的書類の役割を理解する。(解釈)
- (4) 地域医療におけるリハビリの流れについて理解する。(想起)
- (5) 介護保険制度と維持期リハビリについて理解する。(想起)
- (6) 病診連携について理解する。(想起)

VIII. 経験目標

当科研修中に以下の疾患・病態や検査および処置を経験することを目標とする。ただし、すべての項目が必須事項というわけではない。また、他科で経験できる項目もある。

当科研修中に経験してほしいもの。(○:ほぼ全員経験可能、△:チャンスがあれば経験可能)

項目	研修期間		
	4～6週	2か月	3か月以上
《臨床検査》			
神経伝導検査・筋電図	△	△	○
造影 X 線検査(嚥下造影)	△	△	○
嚥下内視鏡	△	△	○
《手技・手術》			
義肢・装具チェックアウト	1例	5例	10例
痙縮に対するブロック治療	△	△	1例
《頻度の高い症状》			
関節拘縮	10例	20例	30例以上
運動麻痺	5例	10例	20例以上
歩行障害	5例	10例	20例以上
摂食嚥下障害	10例	20例	30例以上
高次脳機能障害	5例	10例	15例以上
《疾患・病態》			
廃用症候群	10例	20例	30例以上
脳卒中	15例	30例	45例以上
嚥下障害	10例	20例	30例以上
慢性閉塞性肺疾患・誤嚥性肺炎	5例	10例	15例以上
末梢神経障害	1例	2例	5例以上
脳腫瘍	5例	10例	15例以上
変形性関節症、膝靭帯損傷	1例	2例	5例以上
脊髄障害による対麻痺・四肢麻痺	1例	2例	5例以上
関節リウマチ	2例	5例	10例以上
心臓・大血管疾患	2例	5例	10例以上
小児運動発達遅延	1例	2例	5例以上
大腿骨頸部骨折	△	2例	5例以上
切断	△	1例	2例以上

【IV】研修方略

I. 指導スタッフ

氏名	職位	略歴など	専門領域
岡島 康友	教授・診療科長	慶應義塾大学卒(S55年)	リハ全般、電気診断
山田 深	准教授・医局長	慶應義塾大学卒(H9年)	リハ全般、嚥下、ADL
高橋 秀寿	非常勤講師	慶應義塾大学卒(S61年)	リハ全般、小児リハ

II. 診療体制

他科主治医からのコンサルトに応じて診療を行う対診形式のため、病棟で主治医として症例を受け持つことはない。数の上では脳卒中科、脳外科が多い。指導医の監督・指導のもと、診察し、障害内容と運動負荷によるリスクを見極め、ゴールを設定し、リハビリ処方を行う。リハビリ科メディカルスタッフの療法内容を研修するとともに、症例をフォローアップし、必要に応じてゴール再設定、リハビリ処方の追加・変更を行う。多くの場合、ベッドサイドからリハビリを始動し、出棟可能な状態になれば、種々のリハビリ器具を用いた療法を行うべく、リハビリ室でのリハビリに移行する。

Ⅲ. 週間予定

	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
月	SU-CF*	入院患者診察リハ処方研修				入院患者		筋電図研修		入院患者
火	SU-CF*	入院患者診察リハ処方研修				新入患診察	神経内科 CF	小児神経 CF	SU嚔下 CF	
水	SU-CF*	入院患者診察リハ処方研修				筋電図研修		入院患者		症例検討
木	SU-CF*	入院患者診察リハ処方研修				嚔下センター VF 検査		装具外来研修		
金	SU-CF*	入院患者診察リハ処方研修				新入患診察	嚔下センター VE 検査		リハ・看護 CF	
土	SU-CF*	外来研修／新入患者診察								

*CF:カンファレンス (SU: 脳卒中センター)

(注) 網掛け部分は必須の研修時間割。斜字部分は参加自由。

Ⅳ. 研修の場所

リハビリテーションセンター(2 病棟 1 階): 外来、入院の一部、装具外来
筋電図室(2 病棟地下 1 階)
脳卒中センター(3-4)、脳外科病棟(S4)

Ⅴ. 研修医の業務・裁量の範囲

研修医は単独で入院リハビリ依頼患者のカルテ内容の把握、病歴聴取、診察を行うことができる。リハビリ計画と処方については指導医のチェックの上、実際にオーダーリング入力する。神経伝導検査は単独で許可されるが、筋電図は指導医の指導下とする。侵襲的検査・治療は指導医の指導下でのみ許可される。

Ⅵ. その他

コメディカル・スタッフを含めたリハビリ室全体の勉強会、リハビリ科の勉強会の参加は義務とする。適当なテーマがあれば研修医は研修中に、勉強会で発表を行う。

【Ⅴ】研修の評価

研修目標に挙げた目標(具体的目標)の各項目について、自己評価および指導医による評価を行う。なお、指導医が評価を行うために、コメディカル・スタッフや患者に意見を聞くことがある。評価は「観察記録」、すなわち研修医の日頃の言動を評価者が観察し、要点を記録しておく方法により行い、試験などは行わないが、普段の症例提示の仕方や勉強会での発表などは評価の対象に含める。研修終了時に診療科長が研修医と面談し、指導医の記載した評価表に基づいて講評を行う。また、評価表は初期臨床研修委員会に提出され、初期臨床研修委員会は定期的に研修医にフィードバックを行う。

上記以外に、研修目標達成状況や改善すべき点についてのフィードバック(形成的評価)は、随時行う。

【Ⅵ】その他

当科に関する質問・要望があれば、指導医(医局長)の山田もしくは診療科長の岡島までご連絡下さい。