

リハビリテーション科研修プログラム

2024 年度版

【Ⅰ】 リハビリテーション科の診療と研修の概要

(1) リハビリテーション科の対象

リハビリテーション科が扱う医学的な問題の原点は **dismobility**、すなわち動けないことにあります。具体的に対象とする病態としては、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）などの心身機能・身体構造の機能障害、歩行や日常生活動作における活動制限などが挙げられ、その原因を診断し、評価し、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テーションを行います。リハビリテーションを考える上では一般的な画像診断、生理機能検査などの理解が必要で、また、**dismobility** に関連する診断技術として、大学病院においては筋電図を初めとする電気診断も重要な位置を占めています。

主な対象疾患は、(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にわたります。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ます。また急性期における横断的な介入として、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テーションを実践しています。

(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テーション科を選んだ場合の研修プログラムです。医療の現場において必要不可欠であるリハビリテーションについての理解を深め、コメディカルのスタッフとともに真に役立つ医学を実践するための基礎的な知識と技術を修得することが本研修プログラムの目的です。

【Ⅱ】 研修期間

選択として4～16週間（4週間単位、ただし6週間も可能）の研修を提供します。プライマリーケアとしてのリハビリテーション修得のための研修期間は4週間～6週間ですが、より長期間にわたり、専門研修で専攻予定の診療科に関わるリハビリテーション領域を深く研修することにも可能な限り対応します。なお、リハビリテーション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、リハビリテーション科以外にもリハビリテーションが深く関連する整形外科、脳卒中科、脳外科、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ます。

【Ⅲ】 研修目標

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と 公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接

する。

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

5. 社会人としての常識と研修態度

社会人としての常識を身につけ、指導者の指示に従って積極的に研修を行うことにより、院内での自らの責任を果たす。

B. 医師としての能力

1～9 は、プログラム全体に共通する目標のうち、当科において研修可能なものを示す。また、10 には当科に特有の目標を示す。

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

- ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
- ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
- ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
- ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
- ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

- ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

上記の目標を達成するために、以下の臨床手技の修得*を必須とする（当科で研修が可能なもの）。

医療面接（病歴聴取）
基本的な身体診察（婦人科の内診、眼球に直接触れる診察を除く）
注射法（皮内、皮下、筋肉、静脈確保）

*「修得」とは、指導医や上級医の直接の指導・監督下ではなく、単独または看護師等の介助の下で実施できるようになることを意味する。ただし、小児や協力の得られない患者での単独実施まで求めるものではない。

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。

- ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

5. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

- ① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ② チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

6. 医療の質と安全の管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 医療従事者の健康管理(予防接種や針刺し事故への対応を含む)を理解し、自らの健康管理に努める。

7. 社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

- ① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。

8. 科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ① 医療上の疑問点を研究課題に変換する。
- ② 科学的研究方法を理解し、活用する。
- ③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- ① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む)を把握する。

10. 当科に特有の目標

リハビリテーションの基本を理解し実践することができる。

- ① 生活機能という視点から障害を評価できる。
- ② PT/OT/ST の役割を理解し、適切な処方を出せる。
- ③ リハビリテーションにかかわる医療、福祉の制度を理解し、活用できる。

C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療

ができる。当科で研修可能な項目のみ示す。

1. 一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

2. 病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。

4. 地域医療

地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。

【Ⅳ】 研修方略

I. 経験すべき症候および疾病・病態

研修目標を達成するために、以下の各項目を経験することを必須とする。

※経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むこと。

〈経験すべき症候〉

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

経験できる可能性：○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間		
	4～6 週	8 週	12 週以上
① ショック	○	○	○
② 体重減少・るい痩	△	○	○
④ 黄疸	○	○	○
⑤ 発熱	○	○	○
⑥ もの忘れ	○	○	○
⑦ 頭痛	△	○	○
⑧ めまい	○	○	○
⑨ 意識障害・失神	○	○	○
⑩ けいれん発作	○	○	○
⑪ 視力障害	○	○	○
⑫ 胸痛	△	○	○
⑬ 心停止	△	○	○
⑭ 呼吸困難	○	○	○
⑮ 吐血・喀血	△	○	○
⑯ 下血・血便	△	○	○
⑰ 嘔気・嘔吐	△	○	○
⑱ 腹痛	○	○	○
⑳ 熱傷・外傷	○	○	○

㉑ 腰・背部痛	△	○	○
㉒ 関節痛	△	○	○
㉓ 運動麻痺・筋力低下	○	○	○
㉔ 排尿障害（尿失禁・排尿困難）	○	○	○
㉕ 興奮・せん妄	○	○	○
㉖ 抑うつ	○	○	○
㉗ 成長・発達の障害	○	○	○

〈経験すべき疾病・病態〉

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

経験できる可能性：○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間		
	4～6 週	8 週	12 週以上
① 脳血管障害	○	○	○
② 認知症	○	○	○
③ 急性冠症候群	△	○	○
④ 心不全	○	○	○
⑤ 大動脈瘤	○	○	○
⑥ 高血圧	○	○	○
⑦ 肺癌	△	○	○
⑧ 肺炎	○	○	○
⑨ 急性上気道炎	○	○	○
⑪ 慢性閉塞性肺疾患（COPD）	○	○	○
⑭ 消化性潰瘍	△	○	○
⑯ 胆石症	○	○	○
⑱ 盂腎炎	△	○	○
㉐ 腎不全	△	○	○
㉑ 高エネルギー外傷・骨折	○	○	○
㉒ 糖尿病	○	○	○
㉓ 脂質異常症	○	○	○
㉔ うつ病	△	○	○

Ⅱ．当科の研修で経験できる項目

研修目標 B-10 「当科に特有の目標」の達成に関連し、当科の研修で経験できる項目を示す。

経験できる可能性：○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間		
	4～6 週	8 週	12 週以上
疾病・病態			
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
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、膝靱帯損傷	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
その他(臨床検査、手技・手術など)			
神経伝導検査・筋電図	△	△	○
造影 X 線検査(嚥下造影)	△	△	○
嚥下内視鏡	△	△	○
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

Ⅲ. 指導スタッフ

氏名	職位	略歴など	専門領域
山田 深	教授	慶應義塾大学卒(H9 年)	リハ全般、生活機能評価
田代祥一	講師・医局長	慶應義塾大学卒(H18 年)	リハ全般
岡島康友	兼任教授	慶應義塾大学卒(S55 年)	リハ全般

Ⅳ. 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ありません(当直もなし)。数の上では脳卒中科、脳外科が多くを占めます。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、リハビリテーション処方を行います。リハビリテーションコ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、リハビリテーション処方の追加・変更を行います。多くの場合、ベッドサイドからリハビリテーションを始動し、出棟可能な状態になれば、種々のリハビリテーション器具を用いた療法を行うべく、リハビリテーション室でのリハビリテーションに移行することになります。外来診療については、希望があれば外来ブースで陪席の上、外来担当医とともに診療を行います。

Ⅴ. 週間予定

	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月	SU-CF*	入院患者診察リハ処方研修				勉強会・医局会		筋電図研修	
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
水	SU-CF*	入院患者診察リハ処方研修				筋電図研修		新入患診察	
木	SU-CF*	入院患者診察リハ処方研修				嚥下造影			新入患診察
金	SU-CF*	入院患者診察リハ処方研修				新入患診察		嚥下内視鏡	

*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。

VI. 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)

VII. 研修医の業務・裁量の範囲

研修医は単独で入院リハビリテーション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。リハビリテーション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。

VIII. その他の教育活動

メディカル・スタッフを含めたリハビリテーション室全体の勉強会、リハビリテーション科の勉強会の参加は義務とします。また、研修医は研修中に、適当なテーマについて勉強会で発表を行います。

【V】 研修評価

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います。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もあります。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、原則として試験などは行いませんが、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ます。研修終了時に指導医が研修医と面談し、指導医の記載した評価票に基づいて講評を行います。また、評価票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されます。

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、随時行います。

【VI】 その他

当科に関する質問・要望があれば、田代祥一医局長(PHS 6488)、もしくは山田深(PHS 7476)までご連絡下さい。