

# 指導者マニュアル

## 1. 理念と使命

指導医とは日本リハビリテーション医学会が認定する研修施設において、専門医研修の実施を管理、指導、評価及び認定する者をいう。教育・指導内容には単にリハビリテーション医学領域の知識や技能の教育だけでなく、障害者心理の理解に基づいた障害者医療面接技術、リハビリテーション・コメディカルのチーム・リーダーとしての技術、部門管理に必要な医療安全・院内感染予防法の実践、臨床医として必要な医療・生命倫理と法律の理解なども含まれる。

指導医は専攻医に対して研修期間内に実施する教育・指導プログラムを提示し、個々の成果について専攻医と双方で評価しあうこととする。不足する領域については外部の研修会や学術集会への参加を促すことが求められる。また、専攻医の学会・研究会発表、論文執筆の指導、あるいは専攻医の生活や将来進路についての助言など、いわゆるメンターとしての役割も期待される。

## 2. 獲得すべき目標について

- 1) リハビリテーション医学では初期臨床研修を終えてから 3 年以上、専門医に向けた教育を受けなければ専門医受験資格は与えられない（研修カリキュラム制による研修を行う者を除く）。専攻医は 3 年間で研修プログラムに則り、複数の指導医のもとで学ぶことが想定される。それに対して、各指導医は担当する期間について責任をもって、研修カリキュラムをもとに目標を提示する必要がある。
- 2) 具体的には週間予定を組み、合意の単独診療と直接指導の区分けをおこなう。単独診療に関しては診療録や検査報告書をチェックするなどフィードバックの仕方も取り決めたほうがよい。期間中に日本リハビリテーション医学会学術集会、地方会学術集会、実習研修会、厚生労働省の義肢装具講習会などがある場合には、それらへの参加も視野に入れる。
- 3) 期間中の目標設定は研修カリキュラムによる。指導医は研修カリキュラムの中から抜粋して、目標を提示する。定期的にその到達状況をチェックする必要がある
- 4) リハビリテーション科専門医として、あらゆる分野に関する科学的知識と高い社会的倫理観を備え、さらに、進歩する医学の新しい知識と技術を修得できるように、幅広い基本的な臨床能力（態度、技能、知識）を身につける。そのために下記的一般教育目標（General Instructional Object: GIO）を定める。
  - ① 医師が守るべき法律と医師に求められる倫理規範を理解し、遵守できる
  - ② 主な障害の評価（片麻痺評価・ADL 評価など）
  - ③ 障害診断のための検査（電気診断、嚥下造影など）
  - ④ 病態別の障害の予後判定

- ⑤ リハビリテーション医療におけるインフォームドコンセントの実践
- ⑥ リハビリテーションカンファレンスの司会・統括
- ⑦ 主要な疾患・病態のリハビリテーション処方
- ⑧ 廃用予防・転倒予防のための指示・指導
- ⑨ 基本的病態に対する理学療法手技の習得
- ⑩ リハビリテーション医療に際しての医学的リスク管理（運動負荷など）
- ⑪ 主要な義肢装具処方と適合判定
- ⑫ 身体障害者手帳などの障害診断書の記載
- ⑬ 訪問リハビリテーション計画（介護保険サービスを含む）
- ⑭ 医学文献検索（PubMed など）
- ⑮ 学会・研究会での発表と論文執筆

### 3. 専門研修指導医の要件

- 1) 研修施設において、専門医研修の実施を管理、指導、評価及び認定する者をいう。
- 2) 指導医 1 人が同一時期に指導を受け持つ専攻医は、原則 2 人までである。
- 3) 指導医は、常勤のリハビリテーション科専門医であって、専攻医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有している者でなければならない。
- 4) 指導医の資格は、本医学会の「指導医制度に関する規則」、「指導医の認定に関する内規」に基づき、本医学会で認定したものとする。
- 5) 指導医は、担当する分野における研修期間中、専攻医ごとに臨床研修の目標の達成状況を把握し、専攻医に対する指導を行い、担当する分野における研修期間の終了後に、専攻医の評価を指導医に報告する。
- 6) 指導医は専攻医の出産育児に関し配慮することが望ましい。
- 7) 指導医は専攻医に対する指導に関する責任者又は管理者の立場にあるものであり、指導医が専攻医を直接指導することだけでなく、指導医の指導監督の下、適切な指導力を有しているリハビリテーション科専門医も専攻医の指導にあたる必要がある。
- 8) 研修の評価及び認定において、指導医は、専攻医の指導を行った者、あるいは専攻医とともに業務を行った医師、看護師その他のコメディカルスタッフと十分に情報を共有し、それぞれの評価を把握した上で、責任を持って評価を行うべきである。また、指導医は専攻医と良く意思疎通を図り、実際の状況と評価との間に大きな乖離が生じないように努める必要がある。一方、専攻医による指導医の評価も、指導医の資質向上に資すると考えられることより、実施することが望ましい。

### 4. 専門研修指導医として必要な教育法

- 1) 教育現場の基本として、①専攻医が指導医や療法士に「わからない、教えてほしい」と質問しやすい雰囲気にする②一方では「指導医も療法士も絶対的ではない」と認識してもらう③特に療法士とはよい人間関係をつくる機会を提供するなど重視する。
  - 2) 自主的学習が欠かせないが、専攻医のレベルに応じて自主的学習と指導医からの直接教示とのバランスを調整しなければならない。専攻医が彼らの後輩を教える機会を設けることができれば「See one, do one, and teach one」としてそれを活用すべきである。知識の詰め込みは学習意欲を低下させてしまうので、問題解決技術の学習ということに重点をおいて、興味を駆り立てる。
  - 3) 初期臨床研修2年の主眼は内科と外科にあり、リハビリテーション医学に関連の深い神経内科や整形外科領域の経験がないまま、リハビリテーション専攻医研修に入ってしまう場合もある。したがって指導医は専門医のための研修を始める前に、専攻医の卒後2年間の研修内容のチェックをして、まず不足領域を補わなければならない。
  - 4) 指導医の役割の基本は教育であるが、単にリハビリテーション医学の知識と技術を教育するだけでは指導医とは言えない。人として基本である生活態度、医師として基本的な診療態度などにも責任を持つべきとされる。専門医が社会的制裁を受けるような問題を起こした場合に、その者を専門医へ導いた指導医に責任の一端があると考えられる可能性は高い。
  - 5) リハビリテーションチームのマネージメント能力を重視するため、リハビリテーション科医師は3年目であろうとチームリーダーとしての役目を果たさなければならない。指導医はそのための技術を伝授しなければならない。
5. 専攻医に対する評価法

研修カリキュラムには専門医に相応しい知識と技術を習得することを目指し、研修医を終えてから3年以上、決められた研修施設で研修を行う必要がある。その間の「研修項目」と「到達レベル・年次」が示されている。当該施設で十分な研修が実施できない項目については、学会主催あるいは共催による研修会（実習研修会など）を積極的に利用することが推奨されている。

到達レベルに関して「Ⅰ. 専門知識」では「A: 正確に人に説明できる」「B: よく理解している」「C: 概略を理解している」の3段階になっている。さらに「Ⅱ. リハビリテーション診断」に関しては「A: 自分一人のできる／中心的な役割を果たすことができる」「B: 指導医のもとのできる／適切に判断し専門診療科と連携できる」「C: 概略を理解している、経験している」、「Ⅲ. リハビリテーション治療」に関しては「A: 自分一人のできる／中心的な役割を果たすことができる」「B: 指導医のもとのできる／適切に判断し専門診療科と連携できる」「C: 概略を理解している、経験している」となっている。また「リハビリテーション治療」「学問的姿

勢」「倫理・社会」や「脳血管障害・外傷性脳損傷など」等の疾患各論については「3：目標に達した」、「2：ほぼ目標に達した」、「1：さらに努力を要する」で評価を行う。