



---

# 広島大学病院

## 作業療法士レジデント制度

### ガイドライン

---

2026年4月

広島大学病院診療支援部リハビリテーション部門

## 目次

- I. 作業療法士レジデント制度の基本的な考え方
  - 1. 作業療法士レジデント制度が求められる背景
  - 2. 広島大学病院の理念
  - 3. リハビリテーション部門の理念
  - 4. 目的
  - 5. 目指す作業療法士像
  - 6. レジデント制度の基本方針
- II. 作業療法士レジデントを支える体制
  - 1. レジデントを支える体制の構築
  - 2. レジデントを支える体制のそれぞれの役割
- III. 作業療法士レジデント制度の研修内容
  - 1. 研修内容と到達目標
  - 2. 研修終了の基準
  - 3. 研修方法
  - 4. 研修評価
  - 5. 2026年度研修内容とスケジュール
  - 6. ポートフォリオの利用
- IV. レジデント指導者の役割と心構え
- V. 研修体制の評価

## I. 作業療法士レジデント制度の基本的な考え方

### 1. 作業療法士レジデント制度が求められる背景

人口の高齢化とともに作業療法の対象者は多疾患併存患者や認知症、フレイル、独居・老老介護などの問題が複雑化しており、作業療法士にはより高度かつ専門的な知識・技術・多職種連携・マネジメント能力が求められる。しかしながら、2018年には理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインの改訂により、臨床実習の基準が低く見直された上、卒後教育に関してはそれぞれの所属施設の裁量に委ねられることとなった。そのため、新人作業療法士の卒後教育システムの確立は喫緊の課題である。また、質の高い作業療法を実践でき、次世代のリーダーとなるマネジメント能力を有した作業療法士の育成は国立大学病院の責務である。広島大学病院の作業療法士レジデント制度では、卒後教育システムを確立・推進することで、「優れた医療人の育成」および「国民への全人的医療の実践」を実現することを目指している。

### 2. 広島大学病院の理念

- ・全人的医療の実践
- ・優れた医療人の育成
- ・新しい医療の探求

### 3. 広島大学病院診療支援部リハビリテーション部門の理念

私たちは、人々の笑顔と豊かな人生のために、患者さん中心の臨床・教育・研究を探求します

### 4. 作業療法士レジデント制度の目的

- ・次世代のリーダーとなる作業療法士の養成
- ・高度急性期医療に対応でき、地域生活を見据えた実践ができる作業療法士の育成
- ・作業療法士の卒後教育システムの確立と推進

### 5. 目指す作業療法士像

- ・多面的に考え、主体的に問題解決を図ることができる作業療法士
- ・対象者の希望の実現のために粘り強く考え抜き、諦めずに行動できる作業療法士

### 6. 作業療法士レジデント制度の基本方針

以下の5項目の実践を通じて、作業療法士として成長し続ける基盤を構築する。

- ①生活行為向上マネジメントの活用による生活行為に焦点を当てた臨床思考過程の習得
- ②小児から高齢者、超急性期から終末期までの多様な経験による医学知識・リスク管理技能の習得
- ③院内研修会と臨床実践、症例検討会による知識を統合し自身の考えを伝える技術の習得
- ④地域研修を通じた地域の社会資源の機能の把握による地域生活を見据えた実践の理解
- ⑤英文抄読会や学会発表を通じた研究マインドの醸成によるEvidence basedの思考の習得

## II. 作業療法士レジデントを支える体制

### 1. レジデントを支える体制の構築

広島大学病院の作業療法士レジデント制度では、屋根瓦方式の人材育成体制をとっている（図1）。レジデントは2か月ごとに疾患別チームをローテーションし、ケース指導者（プリセプター）やチーム員からOJTを受ける。研修の進捗管理・調整は育成ユニットの主任・チューターが担当し、研修報告書・MTDLP評価表・チェックリストを確認し、レジデントの研修上の課題をケース指導者と共有する。また、年齢が近く業務のサポートを担う若手作業療法士、自身の経験を伝える2年目レジデントがそれぞれの立ち位置でレジデントの成長を支援する。

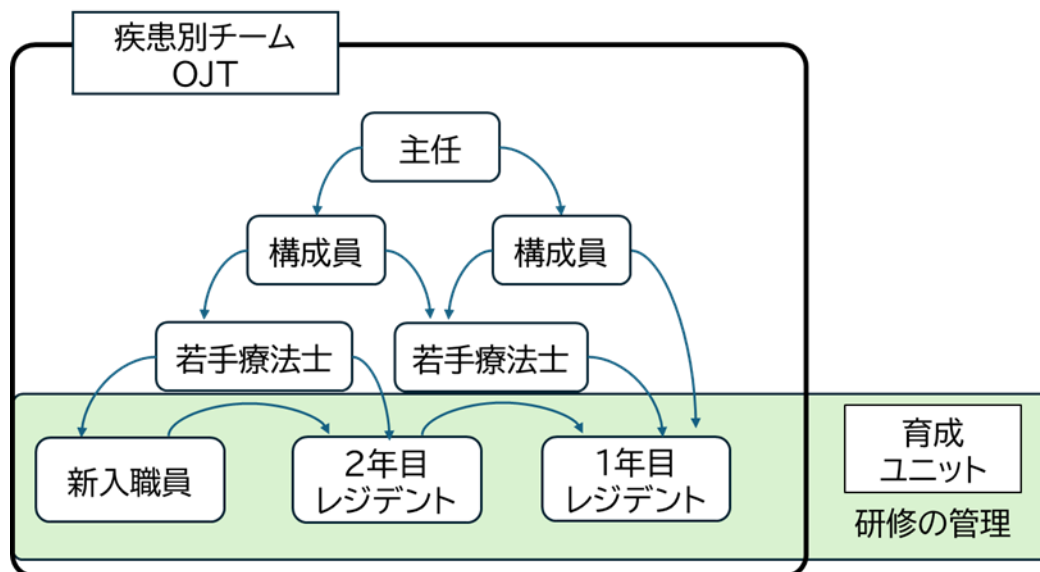


図1：屋根瓦方式のレジデント支援体制

### 2. レジデントを支える体制のそれぞれの役割

役割	支援内容
育成ユニット チューター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修の進捗状況の確認，プリセプターや他部門との調整を担う。</li> <li>・地域研修の企画・調整を行う。</li> <li>・2か月毎の研修報告書・MTDLP評価表・チェックリストを確認し、レジデントの研修上の課題をケース指導者と共有する</li> </ul>
ケース指導者 (プリセプター)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2か月毎のローテーション時にOJTを担当する。</li> <li>・研修報告書のプリセプター部分の記載を行う</li> </ul>
先輩作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基礎研修の企画・調整・講師を担当する。</li> <li>・臨床や業務に対する相談支援と心身のサポートを行う。</li> </ul>
2年目レジデント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床や業務に関する相談支援を行う。</li> </ul>

※ 作業療法士全員がレジデントに作業療法実践を指導し、心身の状態への配慮やサポートを行う。

### Ⅲ. 作業療法士レジデント制度の研修内容

#### 1. 研修内容と到達目標

##### 1) 臨床実践能力の構造

高度急性期病院における作業療法士の臨床実践能力の構造を図 2 に示す。医学知識やリスク管理の技術が未熟であれば多職種からは信頼されず連携は成り立たないばかりか、患者を危険にさらすことになる。また、作業に焦点を当てた介入をしようとしても、廃用症候群が進行し、ADL が十分に改善していなければ自立した生活には繋がらない。臨床実践能力の根底になるのは、医療専門職としての倫理観・責任・プライドであり、これこそが学び続けることや患者の回復に責任を持つことに繋がる。

レジデントは高い倫理観を持ち、医学知識やリスク管理の技能を持ち合わせた上で、安全で効果的な作業療法を習得していくことが望まれる。

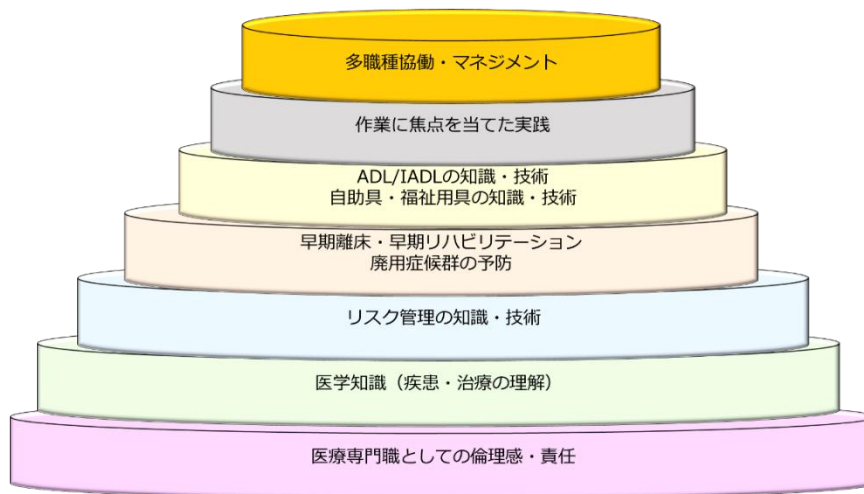


図 2：作業療法士の臨床実践能力の構造

##### 2) 到達目標

###### (1) 1 年目レジデント

- ①困ったときに適切に相談でき、一般業務を単独で遂行できる。
- ②生活行為向上マネジメントの基礎研修を受講し、5 例以上の実践経験がある。
- ③疾患やリスク管理、介入内容などを各種ガイドライン・教科書・論文等から自身で学習する習慣が身についている。
- ④基礎研修と共通研修、疾患別研修をすべて受講し、脳血管疾患や運動器疾患、神経難病、廃用症候群を中心とした患者に対して単独で作業療法を実践できる。
- ⑤地域生活を見据えて、退院前訪問指導や退院前カンファレンス、在宅患者訪問リハビリテーション指導、退院時リハビリテーション指導、生活行為申し送り表を実施・見学した経験がある。

## (2) 2年目レジデント

- ①業務の優先順位をつけることができ、効率的な時間管理ができる。
- ②生活行為向上マネジメントを実践できる（実践者研修終了・事例登録報告実施）。
- ③呼吸器疾患、循環器疾患、がん、小児発達、精神疾患、集中治療領域に関する知識を習得しており、多疾患併存患者に対して適切なリスク管理と作業療法実践ができる。
- ④対象者の希望を実現するため、在宅生活を支援するサービスや機関を理解している。
- ⑤地域研修、レジデント合同研修会を修了し、作業療法士としての多様なキャリアを理解している。
- ⑥広島県地域リハビリテーション専門職人材育成研修やがんリハビリテーション研修会、心不全センターe-Learning 講座を修了している。
- ⑦学会発表もしくはOT 協会生涯教育プログラムの症例検討会を経験している。

## 3) 達成目標の設定

レジデントの達成目標は2カ月毎にチューター・プリセプターと相談して決定する。目標は疾患別の作業療法の知識・技術に関すること、作業療法の臨床思考過程に関することに分けて設定する。目標を設定する際には、臨床能力チェックリストと生活行為向上マネジメント評価表を振り返り、レジデント自身の重点課題を考える。達成目標は研修生報告書の「次月の目標」に記載し、チューターに報告する。

## 4) 作業療法実践の基本的な考え方

広島大学病院の作業療法士レジデント制度では、日本作業療法士協会の生活行為向上マネジメント（図3）を基本的な考え方としている。生活行為向上マネジメントは熟練作業療法士の臨床思考過程を見える化したツールであり、新人作業療法士のトレーニングツールとしても活用が期待されている。臨床実践におけるOJTと症例検討会での活用を繰り返すことで、2年間で「作業療法の考え方の型」を身に着けることを目指す。

生活行為向上マネジメントについては、基礎研修だけでなく、県士会の現職者選択研修とMTDLP実践者研修会を受講することが強く望まれる。



図3：生活行為向上マネジメント

## 2. 研修修了の基準

(1年目)

研修履修項目	修了
2ヶ月ごとの報告書・評価表・チェックリストを提出している。	
事例リストを作成し、チューターに毎月報告している。	
生活行為向上マネジメントの基礎研修を受講している。	
生活行為向上マネジメントの実践経験が5例以上ある。	
共通研修・基礎研修・疾患別研修をすべて受講し、確認テストに合格している。	
がんのリハビリテーション研修会を修了している。	
自身が担当する患者の退院前カンファレンスに参加した経験がある。	
自身が担当する患者の退院前訪問指導を実施した経験がある。	
在宅患者訪問リハビリテーション指導の算定経験がある。	
退院時リハビリテーション指導料を20件算定している。	
生活行為申し送り表を5件作成している。	

(2年目)

研修履修項目	修了
2ヶ月ごとの報告書・評価表・チェックリストを提出している。	
事例リストを作成し、チューターに毎月報告している。	
生活行為向上マネジメントの実践者研修を修了している。	
地域研修を修了し、修了後2週間以内に報告会を実施している。	
レジデント合同研修会を修了し、レジデントフォーラムに演題登録をしている。	
心不全センターe-Learning 講座を修了している。	
広島県地域リハビリテーション専門職人材育成研修を修了している。	
学会発表若しくはOT協会生涯教育プログラムの症例検討会を経験している。	
登録作業療法士制度前期研修のe-Learningを修了している。	

### 3. 研修方法

#### 1) 2年間の研修のスケジュール (図4)

研修は基本的に2カ月1クールのローテーション方式で実施する。

1年目では基本的な作業療法実践に関する研修とOJTを中心に経験し、リスク管理や臨床思考過程を習得する。

2年目では精神科や高度急性期の実践だけでなく、地域研修を通じて高度急性期から地域生活を見据えた視点を身に着ける。また、リーダーシップ・マネジメント、地域リハビリテーション、地域包括ケアシステムなど、より幅広い知識を習得することで、将来的なリーダーとなる基盤を作る。

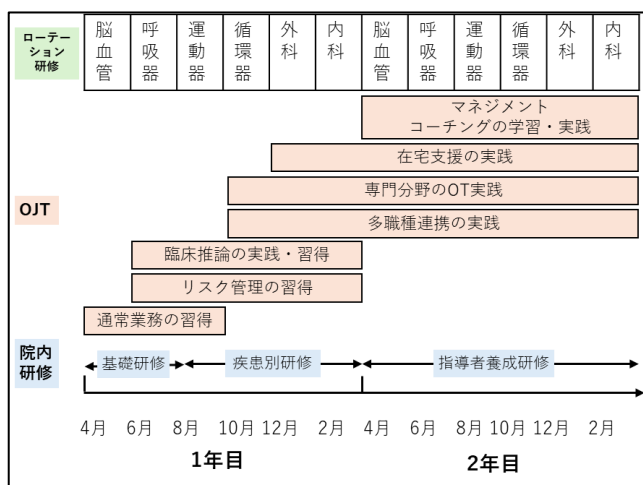


図4: 2年間の研修スケジュール

#### 2) OJTの流れ

臨床におけるOJTの流れを図5に示す。1年目の上半期(4月~9月)の段階でレジデント共通研修と基礎研修によって基本的な考え方や移乗・ポジショニングの技術、評価の方法について習得する。また、ローテーションで各疾患・領域に入る前に、e-Learningを受講して疾患別の作業療法の基礎知識に触れておく。臨床実践では、プリセプターの見学、プリセプターと一緒に併診、レジデント単独での介入と自立度に合わせて段階付けて経験を積む。火曜日と木曜日にOTミーティングを実施するため、新患や難渋事例、対応困難事例などを報告・検討することで介入の質の担保と一人で悩まない体制をとる。2カ月に1回のMTDLP症例検討会では、自身の臨床実践を振り返り、プリセプターはじめ他指導者からも助言をもらうことで考え方の引き出しを増やし、考えを言語化する技術を身に着ける。1年目の下半期(10月~3月)は疾患別作業療法研修に参加し、各疾患の知識の復習や介入内容について事例ベースで考える機会を持つ。

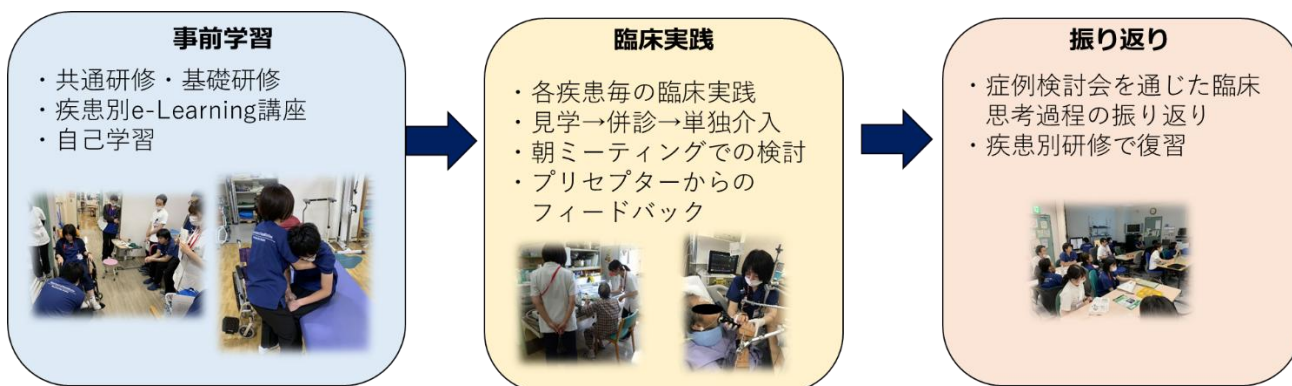


図5: OJTの流れ図

3) レジデントのタイムスケジュール例

	月	火	水	木	金
8:30~8:40	朝会	朝会	朝会	朝会	朝会
8:40~9:00	カルテ確認	カルテ確認	カルテ確認	カルテ確認	カルテ確認
9:00~10:00	ブリーフィング	ブリーフィング	ブリーフィング	ブリーフィング	ブリーフィング
10:00~12:00	診療	診療	診療	診療	診療
12:00~13:00	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み
13:00~13:30	チームカンファ	職種カンファ	チームカンファ	職種カンファ	チームカンファ
13:30~16:45	診療	診療	診療	診療	診療
16:45~17:15	デブリーフィング	デブリーフィング	症例検討会	デブリーフィング	デブリーフィング

※ 各種研修会：共通研修・基礎研修・疾患別研修・合同研修会・研修医セミナーに随時参加

4) 1日の担当患者数の目安

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2年目					地域研修			精神科				
	16	16	16	16	0	17	17	10	17	17	17	15
1年目	0	7	10	11	12	13	14	14	15	15	16	16

5) 2年間で担当する事例数の目安(疾患・障害別)

疾患・障害名	事例数	疾患・障害名	事例数
脳血管疾患	30	心不全	15
頸髄損傷・脊髄損傷	7	心臓手術	8
パーキンソン病	3	大動脈疾患	5
神経難病	10	肺高血圧症	2
上肢骨折	5	COPD・間質性肺炎	5
腱損傷・神経損傷	3	誤嚥性肺炎・気管支肺炎	5
頸椎疾患	10	人工呼吸器装着	3
脳腫瘍	20	関節リウマチ	5
消化器がん	10	膠原病	3
呼吸器がん	5	腎移植・肝移植	2
頭頸部がん	3	熱傷	3
骨腫瘍・骨転移	7	頭部外傷	5
血液がん	5	多発骨折	3
小児がん	3	蘇生後脳症	2
乳がん	5	廃用症候群	20
切断	3	リンパ浮腫	2
気分障害・摂食障害・統合失調症	3	てんかん	5
合計			225

※2年間の担当患者数は約350~350例を予定する。

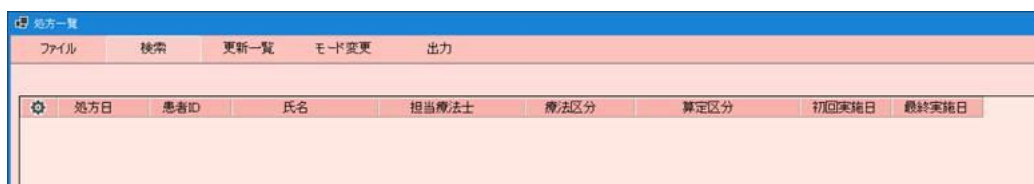
## 6) 事例リスト

レジデントは担当した事例の概要についてリストアップし、目標患者数リストと照合して、目標事例数を達成できるようにチューター・プリセプターと共有する。チューター・プリセプターは相談、調整してレジデントに担当患者を振り分けることができるように調整する。事例リストは電子カルテシステムのファイルサーバー内で管理する。

No	入院日	始方日	算定区分	ID	氏名	カナ	性別	年齢	診療科	病棟	疾患名	疾患分類	併存疾患	転帰先	担当レベル
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

### ●部門システムから事例リストへの転記する方法

① 「処方一覧」を開き、左上の歯車をクリックする



② 表示上件名から「レジデント事例リスト用」を選択する



③ 「療法士」に自分の氏名を選択し、「処方状態」で「終了」も☑を入れる。



④ 「検索」をクリックすると、下記のような一覧が表示されるため、「出力」⇒「CSV」を選択する。

入院日	処方日	算定区分	患者ID	氏名	カネ名	性別	年齢	診療科	病棟	病名	処方内容
2024/02/06	2024/02/06	運動器疾患I								慢性心房細動(主)	心房細動(主)
2024/02/04	2024/02/04	運動器疾患I								慢性心房細動(主)	心房細動(主)
2024/06/06	2024/06/06	脳血管疾患等I						脳神経科	7階東病棟	急性性硬膜下血腫-頭蓋内に連する開放性合併症(主)	急性性硬膜下血腫-頭蓋内に連する開放性合併症(主)
2024/06/19	2024/06/20	服用症群I						精神科	5階西病棟	服用症群(主)	服用症群(主)
2024/06/30	2024/06/30	運動器疾患I								急性薬物中毒(主)	急性薬物中毒(主)
2024/10/06	2024/10/07	脳血管疾患等I						脳神経科	10階東病棟	脳腫瘍(主)	脳腫瘍(主)
2024/10/29	2024/10/29	運動器疾患I								左中足骨骨折(主)	左中足骨骨折(主)
2024/11/07	2024/11/07	脳血管疾患等I								頸椎症性腎臓症(主)	頸椎症性腎臓症(主)
2024/12/03	2024/12/03	脳血管疾患等I								末梢神経障害(主)	末梢神経障害(主)
2024/12/04	2024/12/06	脳血管疾患等I						呼吸器内科	6階西病棟	Muta性脳腫瘍(主)	Muta性脳腫瘍(主)
2024/06/30	2024/12/11	呼吸器疾患I						血液内科	9階西病棟	肺動脈瘤(主)	肺動脈瘤(主)
2024/12/02	2024/12/12	脳血管疾患等I						精神科	6階西病棟	高次脳機能障害(主)	高次脳機能障害(主)
2024/12/13	2024/12/13	服用症群I						循環器内科	6階東病棟	服用症群(主)	服用症群(主)
2024/12/15	2024/12/17	呼吸器疾患I						循環器内科	6階東病棟	大動脈弁閉鎖不全症(主)	大動脈弁閉鎖不全症(主)
2024/06/30	2024/12/16	服用症群I						血液内科	5階西病棟	骨髄異形成症群(主)	骨髄異形成症群(主)
2024/12/16	2024/12/16	脳血管疾患等I						脳神経科	7階東病棟	脳腫瘍(主)	脳腫瘍(主)
2024/12/29	2025/01/06	がん患者(小児)						小児科	4階西病棟	横紋筋溶解症(主)	横紋筋溶解症(主)
2025/01/12	2025/01/14	脳血管疾患等I						脳神経科	7階西病棟	多発性脳腫瘍(主)	多発性脳腫瘍(主)
2025/01/12	2025/01/14	運動器疾患I								右手指関節炎(主)	右手指関節炎(主)
2025/01/06	2025/01/14	脳血管疾患等I						心臓血管外科	6階東病棟	慢性心房細動(主)	慢性心房細動(主)
2025/01/06	2025/01/14	脳血管疾患等I						脳神経科	7階西病棟	白質脳症(主)	白質脳症(主)
2025/01/12	2025/01/17	脳血管疾患等I						小児科	4階西病棟	インフルエンザ脳症(主)	インフルエンザ脳症(主)
2025/01/17	2025/01/20	服用症群I						脳神経科	7階西病棟	服用症群(主)	服用症群(主)
2025/01/16	2025/01/21	服用症群I						消化器外科	6階東病棟	家族性腸胃癌(主)	家族性腸胃癌(主)
2025/01/20	2025/01/22	心臓血管疾患I						循環器内科	6階東病棟	慢性心房心不全(主)	慢性心房心不全(主)
2025/01/23	2025/01/23	運動器疾患I								頸椎症性神経痛(主)	頸椎症性神経痛(主)
2025/01/22	2025/01/30	心臓血管疾患I						循環器内科	6階東病棟	慢性心房心不全(急性増悪)(主)	慢性心房心不全(急性増悪)(主)
2025/01/27	2025/01/30	服用症群I						泌尿器科	6階東病棟	服用症群(主)	服用症群(主)
2025/01/27	2025/01/30	服用症群I								右前右性腎臓癌(主)	右前右性腎臓癌(主)

⑤ CSV ファイルを端末に一旦保存し、ファイルを開いた上でリストをファイルサーバーの事例リストにコピー&ペーストする。

### 7) レジデント症例検討会

年2回（中期，期末）の発表を予定している。生活行為向上マネジメントを用いて実施する。症例検討会で用いるフォーマットは電子カルテの文書作成で作成し（図6），検討会の前にOTカンファレンスで発表し指導を受ける。

レジデント症例検討会サマリー										
発表者				発表日	年	月	日			
テーマ										
はじめに										
基本情報	年齢	歳		性別						
	身長	cm	体重	kg	BMI	#DIV/0!				
	生活歴									
	住環境	周辺環境								
	家族・支援	福祉・介護								
医学的所見	主病名									
	併存疾患									
	現病歴									
	治療方針									
	予後予測									
	リスク管理									
初期評価	薬物療法									
	初期評価日	年	月	日						
	本人の希望・ニーズ									

心身機能/身体構造			
活動と参加			
環境因子			
個人因子			
長期目標（ヶ月）			
短期目標（週）			
目的	内容	強度・回数	
目的	内容	強度・回数	
目的	内容	強度・回数	
目的	内容	強度・回数	
内容			
内容			
内容			
最終評価日	年	月	日
目標達成			

図6：症例検討会の書式（電子カルテシステムの文書作成で作成）

## 8) 地域研修

### (1) 目的

地域研修の目的は、高度急性期病院での経験だけでなく、在宅支援や就労支援など地域の幅広い視点を学ぶことで、地域包括ケアシステムの中での医療機関の位置づけや役割、地域の社会資源の活用について理解することである。

### (2) 地域研修における「地域」の定義

本研修の地域研修における「地域」とは**医療（急性期以外）、介護、福祉、行政、就労支援**を指す。

医療	回復期リハ病棟，地域包括ケア病棟，認知症疾患医療センター
介護	通所リハ，通所介護，訪問リハ，訪問看護，介護老人保健施設，地域包括支援センター
福祉	自立訓練事業所，就労移行支援，若年性認知症カフェ
行政	市役所
生活支援・ 介護予防	総合支援事業：通所C・訪問C，一般介護予防事業，フードバンク，地域ケア会議，通いの場
就労支援	ハローワーク，自立生活訓練課，産保センター，障害者職業センター

### (3) 研修先の選定

医療だけでなく、介護・福祉・生活支援・介護予防などを組み合わせて構成する。レジデントの希望に合わせて部門長および教育ユニット主任、チューターが協議して日程と研修先との調整を実施する。

### (4) 研修の流れ

1年目 1月	1年目 2-3月	2年目 4月	2年目 5-10月	研修修了後
・研修説明会 ・事前調査	・研修先選定 ・研修依頼	・日程調整	・研修	・研修報告会

#### 4. 研修評価

##### 1) 評価の考え方

評価の目的はレジデントの能力を評価することではなく、目標の達成状況と研修の進捗状況を確認することである。そのため、レジデント自身の自己評価とチューターによる他者評価を組み合わせた2者評価を行い、残る課題の抽出と次の行動目標を設定する。

##### 2) 評価の方法

Microsoft 365 アプリケーション teams の『レジデント・フェロー研修 team』において、「レジデント報告書」、「生活行為向上マネジメント評価表」、「臨床能力チェックリスト」の3つを用いる。これらの評価表は2年間で1つのファイルを活用する。以下にファイルの操作方法について記載する。

3つの評価表はレジデントとプリセプターが記載後、チューターと教育ユニット主任に提出する。レジデントとチューターは達成できたことや今後の課題を明確にし、次のプリセプターに申し送りを行う。

また、評価を受ける際や目標を設定する際に面談が必要である場合、レジデントが自ら指導者との面談日時を調整し、チューターは適宜支援する。

##### 3) 評価の時期

- レジデント：ローテーションの最終週にはレジデントが自己評価を行い、プリセプターに「レジデント報告書」と「生活行為向上マネジメント評価表」の指導者評価を依頼する。さらに「臨床能力チェックリスト」提出しローテーションのフィードバックをもらう。また次回のローテーション指導者と目標設定・共有を行う。ローテーション終了時に事例リスト作成し、チューターに提出する。6ヶ月毎に教育ユニット主任と研修の進捗について面談する。
- プリセプター：評価の依頼を受けた指導者は「研修報告書」に評価を記載する。
- チューター：ローテーション終了時に「研修報告書」、「生活行為向上マネジメント評価表」を記載し、レジデントと面談・フィードバックする。また、「臨床能力チェックリスト」をレジデントと確認し、今後習得が必要な知識・技能について確認する。さらに、事例リストで研修の進捗状況を確認し、適宜フィードバック・調整を行う。

月例研修報告書(OT)

年度	レジデント氏名	所属	姓 氏名	指導者・協同者
年度				
月目標				
(本人記載) 目標達成への行動 その他の行動 反省点・改善案				
担当バイザー ○				
年間担当メンター ○				
月の目標 ( )				

月例研修報告書(OT)

2020年度4月	レジデント氏名	OO OO	所属	姓 氏名	指導者・協同者
4月目標 ローテーションの 順を記載する					
(本人記載) 目標達成への行動 その他の行動 反省点・改善案					
指導バイザー (OO) プレセプターが記載する 研修					
年間担当バイザー (OO) プレセプターが記載する 研修(研修)					
月の目標 (OO) 指導バイザーが記載する 研修					

すべてのローテーションのレジデント報告書は、1つのファイルで管理される。そのためローテーションが変わるごとに、記載するシートを変更する。

レジデントはプリセプターに評価をもらう際、どのシートに評価を記載するか分かるように通達する。なお、シート名は各個人が管理しやすいように変更して良い。

図7：レジデント報告書の書式と記載例

生活行為向上マネジメント評価表

段階	評価基準	評価項目	自己評価	指導者評価	評価	コメント
第一段階 対象者・ターゲットの 情報の整理	4：非常によい、3：よい、2：少し支援が必要、1：かなり支援が必要	対象者の目標は本人自身が設定しているか 対象者が受ける目標の達成レベルを把握しているか ターゲットの意向を把握しているか 対象者の目標を達成するために必要なアセスメント項目を整理しているか			0	
第二段階 アセスメント		健康状態(病名、症状、合併症、薬の内服) 身体機能(身体機能、精神機能、水分、血圧、栄養状態など) 認知(ADLとIADLなど、認知・実行機能) 参加(仕事、地域交流、社会参加など) 環境因子(住居、仕事、周辺環境、家族の役割、サービス、私生活など) 個人因子(生活歴、態度、役割、目標、ライフスタイル、性格など) 上記のアセスメント項目を必要に応じて整理しているか 目標設定の生活行為の達成を継続しているか(関わっている 手段以外も含む) 手段が達成しつづめるに、どこまで達成するかを記載しているか			0	
第三段階 継続的な目標の 設定		対象者の現状能力と手段予測のギャップから課題が適切に抽出されているか 課題解決は、既知な課題から目標に応じて優先順位づけされているか 課題解決の要因は身体機能、環境因子など適切な視点で分析されているか			0	
第四段階 計画形成		対象者・ターゲットとの合意形成を経て目標が具体的に示されているか 目的・結果の両方の達成が期待されているか 主体的なマネジメント(指導者「個別ケアプラン」と)との合意形成が図られているか			0	
第五段階 プランニング		在宅生活、生活の広がりやを確保したプランになっているか 長期目標を達成するために、短期目標が具体的に設定されているか 生活行為目標とアセスメントにもとづいたプランが立案されているか 目標の達成のための、段階付けられたプログラムになっているか 本人、家族、支援者の役割分担は明確か 短視の社会資源の活用も検討されているか			0	
第六段階 実行・モニタリング		目標は達成されたか、未達成の場合はその理由が明確か 介入が対象者及び家族の意向に好影響を与えているか 結果のモニタリングがプランの見直しを適切に行っているか 改善が図られているか 改善が図られていない場合は原因を追究しているか 改善の課題を解決するためのプランを立案しているか 対象者の課題から、遠慮や抵抗の課題が抽出されたか			0	

段階	評価基準	自己評価	指導者評価	評価	コメント
第一段階 対象者・ターゲットの 情報の整理	対象者の目標は本人自身が設定しているか 対象者が受ける目標の達成レベルを把握しているか ターゲットの意向を把握しているか 対象者の目標を達成するために必要なアセスメント項目を整理しているか			0	
第二段階 アセスメント	健康状態(病名、症状、合併症、薬の内服) 身体機能(身体機能、精神機能、水分、血圧、栄養状態など) 認知(ADLとIADLなど、認知・実行機能) 参加(仕事、地域交流、社会参加など) 環境因子(住居、仕事、周辺環境、家族の役割、サービス、私生活など) 個人因子(生活歴、態度、役割、目標、ライフスタイル、性格など) 上記のアセスメント項目を必要に応じて整理しているか 目標設定の生活行為の達成を継続しているか(関わっている 手段以外も含む) 手段が達成しつづめるに、どこまで達成するかを記載しているか			0	
第三段階 継続的な目標の 設定	対象者の現状能力と手段予測のギャップから課題が適切に抽出されているか 課題解決は、既知な課題から目標に応じて優先順位づけされているか 課題解決の要因は身体機能、環境因子など適切な視点で分析されているか			0	
第四段階 計画形成	対象者・ターゲットとの合意形成を経て目標が具体的に示されているか 目的・結果の両方の達成が期待されているか 主体的なマネジメント(指導者「個別ケアプラン」と)との合意形成が図られているか			0	
第五段階 プランニング	在宅生活、生活の広がりやを確保したプランになっているか 長期目標を達成するために、短期目標が具体的に設定されているか 生活行為目標とアセスメントにもとづいたプランが立案されているか 目標の達成のための、段階付けられたプログラムになっているか 本人、家族、支援者の役割分担は明確か 短視の社会資源の活用も検討されているか			0	
第六段階 実行・モニタリング	目標は達成されたか、未達成の場合はその理由が明確か 介入が対象者及び家族の意向に好影響を与えているか 結果のモニタリングがプランの見直しを適切に行っているか 改善が図られているか 改善が図られていない場合は原因を追究しているか 改善の課題を解決するためのプランを立案しているか 対象者の課題から、遠慮や抵抗の課題が抽出されたか			0	

- ① レジデントが自己評価を記載する
- ② プリセプターの評価を記載する
- ③ プリセプターが適宜コメントする

生活行為向上マネジメント評価表は、1つのファイルで管理される。そのためローテーションが変わるごとに、記載するシートを変更する。

レジデントはプリセプターに評価をもらう際、何回目のシートに評価を記載するか分かるように通達する。なお、シート名をキーとしてマクロを組んでいるためシート名は変更してはならない。

評価結果シートには各段階の評価点数の水位がグラフとなって表されている。

図8：生活行為向上マネジメント評価表の書式と記載例

臨床能力チェックリスト

臨床能力チェックリスト				臨床能力チェックリスト						
チェック項目	経験なし	知っている	理解している	実践できる	チェック項目	経験なし	知っている	理解している	実践できる	
医学知識	脳血管障害の要因や分類について理解している				作業療法評価	骨盤レベルをJCSまたはGCSで評価できる				
	神経経路の病態と予後について理解している					運動原素をBRSまたはFMAを用いて評価できる				
	脳卒中の種類と治療内容、予後について理解している					日常生活自立度をBRSまたはFIMを用いて評価できる				
	手外科疾患の病態と手術内容、術後のプロトコルについて理解している					臥位について、肩・肘部に分けて評価し、SW知覚テストを用いて詳細な評価ができる				
	脊椎疾患の病態と手術、外固定、術後のプロトコルについて理解している					筋力 (MMT・握力・ピンチ力) やROMを適切に評価しADL障害と関連付けて説明できる				
	脊髄損傷の病態と前駆レベルに合わせたADL予後について理解している					高次脳機能評価の結果を生体行動学と関連させて解釈することができる				
	呼吸器疾患の病態と障害像、治療内容を理解している					筋力、感覚、DASH、HAND20などのハンド機能に関する評価を適切に実施できる				
	循環器疾患の病態と障害像、治療内容を理解している					手の解剖学的構造を理解しており、関節拘縮の要因をアセスメントすることができる				
	脳脊髄のがんによる障害像と治療内容、予後を理解している					上肢機能検査を疾患に応じて適切に評価できる				
	年齢別のがんによる障害像と治療内容、予後を理解している					がんで用いる評価法 (ステージ・グレード・PSなど) を理解している				
	膠原病の病態と障害像、治療内容を理解している					疼痛の要因と程度を把握し、疼痛緩和のためのポジショニングや鎮痛剤の利用の提案をすることができる				
	熱傷の重症度にあわせて治療内容と合併症について理解している					身体的苦痛・スピリチュアルペインを評価できる				
	精神疾患 (気分障害、統合失調症、摂食障害、せん妄、認知症等) の特徴を理解している					年齢別・世代別の特徴を知って介入できる (小児・学生・AYA・高齢者など)				
	血圧や脈拍、SpO2、呼吸、視診などのフィジカルアセスメントを適切に行うことができる					せん妄の要因を直接因子・準備因子・誘発因子に分けて評価し、評価バッテリーを用いて重症度を測定できる				
	服薬療法の権限を把握し、適切な服薬量の設定やデバイスの選択をすることができる					ADL訓練 (食事・整容・更衣・排泄・歩行・移乗など) を実施できる				
人工呼吸器やモニターの表示を理解し、説明することができる				ADL訓練 (調理・洗濯・掃除・交通機関の利用・買い物など) を実施できる						
血液検査の結果を解釈し説明できる				筋力増強訓練の原則を理解し、FITTに基づいて実施できる						
頸部CT/MRI、脳画像、脳波、脳電図等の結果を解釈し説明できる				認知行動療法を適切に実施できる						
レントゲンやCTの結果を解釈し説明できる				疼痛の緩和法 (ポジショニングや鎮痛剤投与のタイミング) を実施できる						
心エコーや呼吸機能検査の結果を解釈し説明できる				原病の自己管理のためのアームスリング練習や自主トレーニングの指導ができる						
リハビリテーション実習および実習療法について理解している				高次脳機能障害にあわせて生活機能訓練を適切に実施できる						
HAM-DやBPRS、PANSSなどの精神症状の検査の結果を解釈できる				対象者の身体機能に応じてコミュニケーションツールを適切に調整できる						
安静態にあわせて主治医・看護師と連携を取って適切な活動負荷を確認することができる				視覚評価に基づいて脱着療法や感覚の再学習、代償手段の選択などのプログラムを実施できる						
手術記録を確認し、必要に応じて術者に作業療法の指示を確認することができる				関節拘縮の予防、改善のための、自動運動・自動助動運動・他動運動・抵抗運動を適切に組み合わせることができる						
ジョギングや歩行、点字や聴覚などのルート管理などの基本的な介助技術を習得している				呼吸機能訓練を筋力やROM、感覚、筋緊張にあわせて適切に実施できる						
病態に応じて心疾患のリスクの層別化ができ、対応方法を説明できる				必要に応じてポジショニングやスプリントの作成・フィッティングを適切に実施できる						
フィジカルアセスメントからABCDEアプローチで評価し、適切に対応できる (活動負荷や中止の判断ができる)				物理療法機器を病態に即して適切に実施できる						
断刺、腫瘍、ルート類の自己ケア、自傷行為などに注意しながら安全に介入することができる				生活行為の負荷軽減のための動作や道具の工夫を理解し、適切に指導できる						
治療 (ステロイドパルス、血漿交換、手術、抗がん剤、放射線治療) について理解している				対象者の興味・関心にあわせて作業を調整し、治療意義を明確にした上で導入できる						
感染対策について理解している				再発・増悪予防を志願に促した自己管理を指導できる						
急変時対応：BLSについて理解している				治療後評価し、適切な補正用具の選択やフィッティング、住居改修、介助者実用機器の提案ができる						
がんにおける特効的な治療 (手術・化学療法・放射線療法等) や副作用症状 (骨格抑制、移植片対宿主病等) を理解し、中止や活動負荷の判断ができる				介護保険制度について理解し、適切な介護保険サービスの勧告ができる						
発熱について確認し、リハ医にICや主治医との連携を依頼できる				患者の状態に応じて薬品、個別など場面の選択ができる						
使用する器具や遊びの特性を理解でき、安全に操作できる				社会生活力プログラムやSST (生活技能訓練)・経路サポートなど集団プログラムの実施できる						

図9：臨床能力チェックリスト

臨床能力チェックリスト				臨床能力チェックリスト						
チェック項目	経験なし	知っている	理解している	実践できる	チェック項目	経験なし	知っている	理解している	実践できる	
医学知識	脳血管障害の要因や分類について理解している				作業療法評価	骨盤レベルをJCSまたはGCSで評価できる				
	神経経路の病態と予後について理解している					運動原素をBRSまたはFMAを用いて評価できる				
	脳卒中の種類と治療内容、予後について理解している					日常生活自立度をBRSまたはFIMを用いて評価できる				
	手外科疾患の病態と手術内容、術後のプロトコルについて理解している					臥位について、肩・肘部に分けて評価し、SW知覚テストを用いて詳細な評価ができる				
	脊椎疾患の病態と手術、外固定、術後のプロトコルについて理解している					筋力 (MMT・握力・ピンチ力) やROMを適切に評価しADL障害と関連付けて説明できる				
	脊髄損傷の病態と前駆レベルに合わせたADL予後について理解している					高次脳機能評価の結果を生体行動学と関連させて解釈することができる				
	呼吸器疾患の病態と障害像、治療内容を理解している					筋力、感覚、DASH、HAND20などのハンド機能に関する評価を適切に実施できる				
	循環器疾患の病態と障害像、治療内容を理解している					手の解剖学的構造を理解しており、関節拘縮の要因をアセスメントすることができる				
	脳脊髄のがんによる障害像と治療内容、予後を理解している					上肢機能検査を疾患に応じて適切に評価できる				
	年齢別のがんによる障害像と治療内容、予後を理解している					がんで用いる評価法 (ステージ・グレード・PSなど) を理解している				
	膠原病の病態と障害像、治療内容を理解している					疼痛の要因と程度を把握し、疼痛緩和のためのポジショニングや鎮痛剤の利用の提案をすることができる				
	熱傷の重症度にあわせて治療内容と合併症について理解している					身体的苦痛・スピリチュアルペインを評価できる				
	精神疾患 (気分障害、統合失調症、摂食障害、せん妄、認知症等) の特徴を理解している					年齢別・世代別の特徴を知って介入できる (小児・学生・AYA・高齢者など)				
	血圧や脈拍、SpO2、呼吸、視診などのフィジカルアセスメントを適切に行うことができる					せん妄の要因を直接因子・準備因子・誘発因子に分けて評価し、評価バッテリーを用いて重症度を測定できる				
	服薬療法の権限を把握し、適切な服薬量の設定やデバイスの選択をすることができる					ADL訓練 (食事・整容・更衣・排泄・歩行・移乗など) を実施できる				
人工呼吸器やモニターの表示を理解し、説明することができる				ADL訓練 (調理・洗濯・掃除・交通機関の利用・買い物など) を実施できる						
血液検査の結果を解釈し説明できる				筋力増強訓練の原則を理解し、FITTに基づいて実施できる						
頸部CT/MRI、脳画像、脳波、脳電図等の結果を解釈し説明できる				認知行動療法を適切に実施できる						
レントゲンやCTの結果を解釈し説明できる				疼痛の緩和法 (ポジショニングや鎮痛剤投与のタイミング) を実施できる						
心エコーや呼吸機能検査の結果を解釈し説明できる				原病の自己管理のためのアームスリング練習や自主トレーニングの指導ができる						
リハビリテーション実習および実習療法について理解している				高次脳機能障害にあわせて生活機能訓練を適切に実施できる						
HAM-DやBPRS、PANSSなどの精神症状の検査の結果を解釈できる				対象者の身体機能に応じてコミュニケーションツールを適切に調整できる						
安静態にあわせて主治医・看護師と連携を取って適切な活動負荷を確認することができる				視覚評価に基づいて脱着療法や感覚の再学習、代償手段の選択などのプログラムを実施できる						
手術記録を確認し、必要に応じて術者に作業療法の指示を確認することができる				関節拘縮の予防、改善のための、自動運動・自動助動運動・他動運動・抵抗運動を適切に組み合わせることができる						
ジョギングや歩行、点字や聴覚などのルート管理などの基本的な介助技術を習得している				呼吸機能訓練を筋力やROM、感覚、筋緊張にあわせて適切に実施できる						
病態に応じて心疾患のリスクの層別化ができ、対応方法を説明できる				必要に応じてポジショニングやスプリントの作成・フィッティングを適切に実施できる						
フィジカルアセスメントからABCDEアプローチで評価し、適切に対応できる (活動負荷や中止の判断ができる)				物理療法機器を病態に即して適切に実施できる						
断刺、腫瘍、ルート類の自己ケア、自傷行為などに注意しながら安全に介入することができる				生活行為の負荷軽減のための動作や道具の工夫を理解し、適切に指導できる						
治療 (ステロイドパルス、血漿交換、手術、抗がん剤、放射線治療) について理解している				対象者の興味・関心にあわせて作業を調整し、治療意義を明確にした上で導入できる						
感染対策について理解している				再発・増悪予防を志願に促した自己管理を指導できる						
急変時対応：BLSについて理解している				治療後評価し、適切な補正用具の選択やフィッティング、住居改修、介助者実用機器の提案ができる						
がんにおける特効的な治療 (手術・化学療法・放射線療法等) や副作用症状 (骨格抑制、移植片対宿主病等) を理解し、中止や活動負荷の判断ができる				介護保険制度について理解し、適切な介護保険サービスの勧告ができる						
発熱について確認し、リハ医にICや主治医との連携を依頼できる				患者の状態に応じて薬品、個別など場面の選択ができる						
使用する器具や遊びの特性を理解でき、安全に操作できる				社会生活力プログラムやSST (生活技能訓練)・経路サポートなど集団プログラムの実施できる						

ローテーション終了時、左図のようにすべての項目に自己評価を記入する。

臨床能力チェックリストは、2年間を通して1つのファイルで管理される。  
ローテーション終了ごとにレジデントは自己評価し、現状の能力に○をつける。  
2年間の最後には、すべての項目において「実践できる」に○がついていることを目指す。  
なお、評価に困った際にはプリセプターやメンターに適宜相談しても良い。  
レジデントはプリセプターやメンターと面談する際、この評価も提出する。

図10：臨床能力チェックリストの記載例

5. 2026 年度研修内容とスケジュール

1) 年間スケジュール ※状況に応じて適宜変更する

2 カ月ごとに疾患別チームをローテーションする

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
研修生2年目	循環器	循環器	運動器	運動器	呼吸器	呼吸器	外科	外科	脳血管	脳血管	内科	内科
研修生2年目	呼吸器	呼吸器	循環器	循環器	運動器	運動器	内科	内科	外科	外科	脳血管	脳血管
研修生2年目	運動器	運動器	呼吸器	呼吸器	循環器	循環器	脳血管	脳血管	内科	内科	外科	外科
研修生1年目	循環器	循環器	運動器	運動器	呼吸器	呼吸器	外科	外科	脳血管	脳血管	内科	内科
研修生1年目	呼吸器	呼吸器	循環器	循環器	運動器	運動器	内科	内科	外科	外科	脳血管	脳血管
研修生1年目	運動器	運動器	呼吸器	呼吸器	循環器	循環器	脳血管	脳血管	内科	内科	外科	外科

## 2) 基礎研修

1年目の4月～7月に先輩作業療法士と2年目レジデントが中心に実施.

日程は後日通知する.

目標	内容
部門ルールを理解	部門内のルール、注意事項
基本的なカルテ閲覧の理解	カルテの視かた
高次脳機能評価の習得 : 認知機能	評価法: HDS-R, MMSE, FAB, Moca-J
: 注意機能検査	評価法: TMT, D-CAT, BIT, WCST
: 記銘力検査	評価法: 三宅式, Rey, RBMT, WMS-R, 認知症評価セット
: 遂行機能検査	評価法: BADS
: 知能	評価法: Kohs, RCPM
: 知能全般	評価法: WAIS-III 評価法: RBANS
: 小児知能評価	評価法: WISC-IV, K-ABC II, 評価セット
上肢機能検査の習得	評価法: STEF, ARAT, FMA, (SARA)
感覚検査の習得	評価法: SW-test, 2PD, Hand20, DASH
拘縮判別方法の習得	関節拘縮の判別
運転能力の習得	ドライビングシミュレータ, SDSA
MTDLP の理解	MTDLP, 興味関心チェックシート
意思伝達方法の理解	コミュニケーションツールの使い方
医療機器操作法の習得	物理療法機器の取り扱い: バイブラ, Auto Tens, 超音波
	自立支援機器の取り扱い: PSB, MOMO
	ベッドサイドでの対応: モニター, 移乗・ポジショニング
	介助者支援機器: リフト

3) 共通研修 (差し替え予定)

【研修内容】

対 象	リハビリテーション部門の新入職員
時 間	① 16:00～17:00
場 所	精神科作業療法室

【確認テスト】

方 法	講義受講後 1 週間以内に各自でオンラインテストを受験
-----	-----------------------------

【注意】 確認テストは満点にて合格とします。満点となるまで繰り返し受験してください。

※ No.1「当院のリハビリテーション医学・医療概論」およびNo.9「療法士が知っておくべき薬剤とその注意点」のテストはありません。

■研修テーマと講師

No.	研修テーマ	時間	講師
1	当院のリハビリテーション医学・医療概論	60分	
2	疾患別のリスク管理のポイント	30分	
3	ICD-11/ICF/リハビリテーション訓練コード	30分	
4	せん妄と院内デイについて	30分	
5	摂食嚥下障害患者への対応	30分	
6	酸素療法の基礎と当院で用いられるデバイス	30分	
7	<b>移乗・ポジショニング【実技あり】</b>	45分	
8	バイタルサインの測定と解釈	30分	
9	療法士が知っておくべき薬剤とその注意点 (e-learning)	45分	
10	検査データの解釈・みかた (血液検査、X線、CT)	30分	
11	地域連携と介護保険制度	30分	
12	リハビリテーション治療と栄養	30分	

【実技あり】のテーマは、座学後に実技を実施します。

#### 4) 疾患別作業療法研修

- ・日程：6月以降，月二回程度で実施
- ・時間：16：00～17：30（担当者の都合により変更の可能性あり）  
※レジデントは担当講師に時間や資料準備について確認すること。
- ・対象：レジデント1年目
- ・実施方法：対面形式

研修受講後、teamsにて理解度チェックを行う。

・内容：①知識向上のための講義，②実践に繋げるための実技，③臨床思考過程を深めるための事例紹介などを組み合わせた双方向性の研修とする。

- ・その他：講師は業務扱いのため時間外労働を申請する

必要な場合は研修資料を録画し，研修動画をアップデートしてもよい

資料作成について、新規で資料を作成する場合は上限3時間まで、

既存資料の修正を行う場合は上限1時間まで時間外労働を申請可能。

No	日付	内容
1	6/5	CVAの作業療法
2	6/19	脊髄損傷の作業療法
3	7/3	ハンドセラピーの基礎
4	7/17	脳腫瘍の作業療法
5	7/31	心大血管疾患に対する作業療法
6	8/14	神経難病の作業療法と環境調整
7	8/28	呼吸器疾患に対する作業療法
8	9/11	救急, 集中治療領域における作業療法
9	9/25	がんの作業療法・臓器別の注意点の実践①
10	10/9	がんの作業療法・臓器別の注意点の実践②
11	10/23	乳がんの作業療法、リンパ浮腫の基礎
12	11/6	小児がんの作業療法(小児の発達も加味)
13	11/20	認知症の作業療法と非薬物療法
14	12/4	熱傷の作業療法
15	12/18	精神疾患の基礎と対応, リスク管理

5) レジデント症例検討会

- ・ 目的：①症例検討を通じて自身の臨床思考過程を整理し、振り返る  
 ②他者の助言や指導を受けることで、実践の引き出しを増やす  
 ③チューター・プリセプター はレジデント・フェローの臨床技能の習得状況を確認する
- ・ 参加者：リハビリテーション部門職員全員  
 レジデント・フェローおよび運営スタッフ・指導者は業務として参加。他職員は任意。
- ・ 場所： リハビリテーション室中央
- ・ 頻度： 2回/年 （予定時期） PT：10月、2月、OT・ST：9月、3月  
 （2回目：1年目は中間報告会、2年目は最終報告会）
- ・ 日程：水曜日、17：15～ 1時間程度（15分×3～4名）  
 ※スケジュールは表を参照
- ・ 発表形式：電子カルテを用いた対面形式  
 1回目：症例検討会用フォーマット  
 2回目：Power Point を使用した発表（中間報告はフォーマットあり）  
 （※1年目は中間報告会、2年目は最終報告会）
- ・ 発表当日までにチームカンファレンスでプレゼンし助言を得ておく
- ・ 資料を参加者に配布
- ・ 症例報告8分→質疑応答・助言5分→レジデントと指導者のまとめ2分
- ・ 評価：Foams 入力形式にて聴講者全員が実施  
 評価結果は、レジデントが各自 Excel で確認
- ・ 症例検討会スケジュール：

No.	日程	担当レジデント			
		1	2	3	4
1	9月16日	○○	○○	○○	○○
2	9月30日	○○	○○	○○	○○
3	10月14日	○○	○○	○○	
4	10月21日	○○	○○	○○	
5	10月28日	○○	○○	○○	
6	2月24日	○○	○○	○○	○○
7	3月17日	○○	○○	○○	○○
8	3月24日	○○	○○	○○	
9	3月25日	○○	○○	○○	
10	3月26日	○○	○○	○○	

※注意：上記日程で行えない場合の対応

- ・事前にわかる場合：他のレジデントと入れ替わるなどの調整を自分たちで行い，育成ユニットスタッフに報告する．
- ・事後対応になる場合：体調不良などでやむを得ず参加できなかった場合は，育成ユニットスタッフと相談し，日程調整を行う．

・発表当日に向けた準備について

#### ●発表者全員

1. 症例検討会用フォーマットは，電子カルテの 共有フォルダ（グループ）→04\_個別フォルダ→診療支援部 4→【移行データ】病院診療支援部/リハビリテーション部門→レジデント症例検討会→症例検討会フォーマット.xlsx を使用する．

2. 中間報告会は，テンプレを使用する．

[レジデント中間報告用スライド.pptx](#)

最終報告会は，フリーで作成．

3. 発表当日までにチームカンファレンスでプレゼンし助言を得ておく．

4. 17:15 までに，控室のモニターと配布資料 35 部の準備を行う．

資料の印刷は事前に済ませておく．

5. 発表時間は 15 分で症例報告は 8 分（目安のため，各自スマホのアラームを 7 分に設定する）時間厳守で実施．

6. 片付けは発表者中心に実施。机・椅子やモニターを片付け，資料の残りがいないか確認し，シュレッダーにかける。発表者以外でも気づいた人が行う、または声掛けするようにする。

#### ●周知担当の発表者

1. 発表 2 日前（発表週の月曜、月曜が休みの場合は火曜）に発表者全員分の報告する患者氏名、ID、検討課題を電子カルテのチャットにて全体に周知する．

2. 検討会当日に朝礼で周知する．

例．「本日 17：15 からレジデント症例検討会を開催します。発表者は、〇〇、〇〇、〇〇です。ご参加よろしくお願いたします。」

#### 6) 指導者養成研修会

2年目に受講を予定。人材育成委員会や部門長が実施する研修に参加する。主に外部講師や部門長が講師を務める。マネジメントやコーチング、ファシリテートといった将来のリーダーを担うための人材育成を想定している。レジデントの希望に合わせて1年目に受講してもよい。

No	研修名	主催
1	マネジメント・リーダーシップ研修 Basic Program	診療支援部
2	地域リハビリテーション	広島県リハビリテーション支援センター
3	地域包括ケア	広島県地域包括ケア推進センター
4	MTDLP	広島県作業療法士会

## 7) 研修医セミナー

目的：自身の興味のある分野だけでなく、広く最新医療を学ぶことで医師と建設的な議論ができることを目指す。業務として参加するため、積極的に学ぶ姿勢を示す。

対象：2年目レジデント

通番	研修医セミナーテーマ	開催予定日	時間	ハイブリッド開催	会場	会場予約時間	診療科等
1	耳鼻咽喉科救急における診療器具の使用法	4月16日(木)	16:30~	不可	臨床管理棟2F1会議室	15:00~9:00	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2	輸液入門 2026	4月21日(火)	16:30~	可	臨床管理棟2F1会議室	15:00~9:00	総合内科・総合診療科
3	小児虐待について	4月23日(木)	15:00~	可	臨床管理棟3F大会議室	14:00~9:00	小児科
4	消化管内視鏡と腹部エコーのハンズオン	5月12日(火)	16:30~	不可	内視鏡室トレーニングセンター	/	消化器内科
5	救急の現場力：急変シミュレーション	5月14日(木)	16:00~	不可	臨床管理棟3F大会議室		15:00~9:00
6	救急外来で役立つ皮膚科の知識	6月4日(木)	16:00~	可	臨床管理棟2F1会議室	15:00~9:00	皮膚科
7	胸部単純X線写真と胸部CTの基礎的読影方法について	6月12日(金)	16:00~	可	臨床管理棟2F1会議室	14:00~18:00	放射線診断科
8	気道確保のいろは	6月16日(火)	16:00~	可	臨床管理棟3F大会議室	14:00~9:00	麻酔・疼痛治療科
9	眼科救急トリアージ	7月9日(木)	15:00~	不可	臨床管理棟2F1会議室	14:00~9:00	眼科
10	酸塩基平衡 ～血液ガスから読み解く～	7月14日(火)	15:00~	可	臨床管理棟3F2会議室	14:00~10:00	腎臓内科
11	心エコーを循環器疾患に活かす-FOCUSの基本を含めて-	8月20日(木)	16:30~	不可	臨床管理棟3F大会議室	14:00~9:00	循環器内科
12	消化器外科の「いま」と「これから」- 一周前管理からロボット手術・抗がん剤治療・基礎研究まで-	9月8日(火)	16:30~	可	臨床管理棟2F1会議室	15:00~9:00	消化器・移植外科
13	救急外来で出会う産婦人科の急性疾患または妊娠と薬	9月15日(火)	16:30~	否	臨床管理棟3F大会議室	14:00~9:00	産科婦人科
14	血糖降下薬による治療について、ナトリウムの異常について考える	9月24日(木)	16:00~	不可	臨床管理棟3F大会議室	14:00~9:00	内分泌・糖尿病内科
15	せん妄	10月15日(木)	16:00~	不可	臨床管理棟2F1会議室	15:00~9:00	精神科
16	抗菌薬の使い方	10月27日(火)	16:00~	不可	臨床管理棟2F1会議室	15:00~9:00	感染症科
17	脳外科の救急疾患について(仮)	11月17日(火)	16:00~	不可	臨床管理棟3F大会議室	15:00~9:00	脳神経内科 脳神経外科
18	どこでも出会う血液内科：救急外来からノーベル賞まで	11月19日(木)	16:30~	可	臨床管理棟2F1会議室	15:00~9:00	血液内科
19	救急外来で遭遇する呼吸器疾患のイロハ	12月10日(木)	16:00~	可	臨床管理棟3F大会議室	15:00~9:00	呼吸器内科
20	研修医が気になる 心臓血管外科医の話 in 2026	1月5日(火)	18:30~	不可	臨床管理棟3F大会議室	15:00~9:00	心臓血管外科
21	がん化学療法とバイオマーカー(仮)	1月19日(火)	16:00~	可	臨床管理棟3F大会議室	15:00~9:00	がん化学療法科
22	【必見】これだけは知ってほしい！ 症例から学ぶがん診療における骨転移診断・治療	2月2日(火)	16:00~	可	臨床管理棟2F1会議室	14:00~9:00	放射線治療科
23	一般医師が知っておくべきリハビリテーションの知識	3月2日(火)	16:00~	可	臨床管理棟3F大会議室	15:00~9:00	リハビリテーション科
24	泌尿器科におけるロボット支援手術	3月5日(金)	16:00~	可	臨床管理棟3F大会議室	15:00~9:00	泌尿器科

## 8) 地域研修

2年目の5~10月に予定。高度急性期病院での経験だけでなく、在宅支援や就労支援など地域の幅広い視点を学ぶことで、地域包括ケアの中での医療機関の位置づけや役割、地域の社会資源の活用について理解する。レジデントと研修機関の都合に合わせて時期や期間は調整する。レジデントの希望に合わせて、部門長および人材育成委員会、教育ユニット主任、チューター、プリセプターが日程と研修先との調整を実施する。

	研修施設	研修内容
1	訪問看護ステーション (1週間)	心リハ指導士を持つ看護師から在宅生活における作業療法士に求める視点と役割を学ぶ
2	認知症疾患医療センター (1週間)	PSW から認知症を持つ人を地域で支えるための各種事業や認知症カフェ、デイケア、初期集中支援チームなどの取り組みを学ぶ
3	自立訓練施設 (1週間)	精神・知的障害者が地域で生活するための自立訓練や生活訓練、就労支援等の取り組みについて学ぶ
4	就労移行支援事業所 (1週間)	就労移行支援事業所での就労支援の実際や企業実習を見学し、就労支援に必要な視点を身に着ける
5	介護老人保健施設、通所リハ (1週間)	老健における入所・退所支援、通所リハにおける生活行為向上リハの実践について学ぶ
6	訪問リハビリテーション (1週間)	訪問リハビリテーション、訪問診療、訪問看護の実際を通じて、在宅生活の継続に向けた医療職の役割を知る
7	地域包括支援センター (1週間)	地域包括支援センターにおける作業療法士の役割と地域における展開を学び、退院支援における連携や在宅での活動継続の視点を学ぶ
8	こども療育センター (1週間)	外来診療、療育教室、保育所訪問支援、心療支援等を通じて、発達領域での作業療法士の役割を学ぶ
9	市役所	市役所で地域全体の健康・生活支援の仕組みづくりに関わる作業療法士の役割や行政職としての仕事内容を学ぶ
10	回復期リハ病院 (1日)	回復期リハビリ病棟、自動車運転、電動義手、ロボットリハビリテーションと作業療法士の役割について学ぶ
11	地域ケア会議 (1日)	地域の課題解決を目的に実施されている地域ケア会議を見学し、事例を通じた地域課題の抽出、課題解決に向けた行政施策の視点を学ぶ
12	介護予防事業通いの場 (1日)	通いの場において、作業療法士がどのように生活行為向上に向けたマネジメントを実践しているかを学ぶ

※2026年度は、上記の研修施設からレジデントが選択して地域研修のカリキュラムを組み立てる

## 地域研修の計画

### 1 事前調査（1年目1～2月）

レジデントは上記に定める「地域」の定義に沿って希望する研修先を選定する。レジデント地域研修の希望についてレジデントは事前資料（資料1）を作成し、チューターと相談する。チューターはレジデントの希望と将来構想をすり合わせて研修施設を検討する。

### 2 研修施設の選定と予算立て（1年目2～3月）

研修施設の案が作成できたら、各研修にかかる旅費と宿泊費を予算立てし、地域研修班に事前資料と合わせて提出する。

### 3 日程調整（1年目3月）

地域研修班は地域研修の時期と期間を検討し教育ユニット主任・部門長に内諾を得る。

### 4 研修の依頼（2年目4～5月）

研修施設には2～3か月前を目安に電話またはメール研修依頼を行い、内諾を得た上で依頼状による正式な研修依頼を行う。研修依頼はチューターもしくは教育ユニット主任が行う。施設によっては事前面談が必要となることもあるため、随時対応する。チューターは依頼文（資料2）を作成し、大上さんに提出する。新規の研修先には施設契約書・協定書・施設契約申請書・承諾書（資料2）をチューターが作成し大上さんに提出する。大上さんから病院長の押印済みの依頼文と施設契約書を受け取り、封筒に入れて各施設にチューターが送付する。研修費用の領収書は大上さんが作成し、教育ユニット主任、部門長のいずれかからメールで送付する。

### 5 地域研修の実施（2年目6～10月）

研修先の勤務形態に則り研修を行う。研修中は毎日デリーノート（資料3）を作成し報告する。研修先の許可を得たうえで報告会に向けた写真の撮影や施設情報を収集しておく。レジデントは研修一週間前までに研修先に電話連絡し、集合場所・服装・持ち物・昼食などを確認しておく。研修終了後に御礼のメールを送る。

### 6 研修報告会

地域研修終了後1ヶ月以内に必ず部門内での報告を行う。研修生症例検討会の代替として地域研修報告会を行ってもよい。報告の際には自身が見聞きした写真や施設概要、症例報告などを中心にPowerPoint等で資料を作成し報告する。

2026年度地域研修 事前資料 OT レジデント○○ ○○

研修施設	施設概要 (事業内容・特徴)	目標	研修目的(希望)
○○○○○			

## 地域研修のデイリーノート

施設名： \_\_\_\_\_

日 時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### スケジュール

時刻	研修内容

### 目標

--

### 学んだこと

--

### 自分事への変換，臨床への活用

--

### 今後の課題

--

9) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士レジデント合同研修プログラム

全国の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士レジデント生と共に、外部講師による講義より最先端の理学療法・作業療法・言語聴覚療法の知識・技術を学ぶ。さらに全国のレジデント達やレジデントOB・OGとの交流を通して、様々な価値観に触れることで幅広い視野を持つことを目標とする。

※ 参考：2025年度 PT・OT・ST レジデント/フェロー合同研修会

	日時	タイトル
第1回	2025/05/22	急性期脳卒中リハビリテーションの最新トピックス
第2回	2025/06/24	理学療法評価のピットフォール
第3回	2025/07/22	リハビリテーション『基礎の基礎』
第4回	2025/8/7	脆弱性骨盤骨折について
第5回	2025/09/25	レジデントが知っておくべきせん妄の基礎と対応
第6回	2025/10/09	レジデント症例検討会
第7回	2025/11/21	精神科領域の作業療法
第8回	2025/12/10	CI療法について
第9回	2026/01/13	痛みのアセスメントの基本とトピックス

5. 研修プロセス記録（ポートフォリオファイル）の利用

1) 目的

研修プロセス記録は、レジデント自身が研修の振り返りを行い、臨床能力・技能の習得状況や目標を設定する際に利用すること。さらに後輩レジデントに向けた参考資料の役割も担う。また、指導者にとってはレジデントの研修プロセスの推移を把握することになり、課題の抽出・目標設定に用いることができる。

2) 活用方法

研修記録を用いることで、研修生としての成長記録や、経験の蓄積を可視化することが可能になる。理学療法士・作業療法士は、免許取得後も臨床研修等を受け、資質向上を図るように努める義務があり、研修履歴を記録に残すことは自らの努力の証拠にもなる。また、自分のキャリアを他者に伝える手段として活用することもできる。

3) 様式および記載方法

- ・ Microsoft 365 teams内の『レジデント・フェロー研修 team』における個人チャンネル内にデータを保存する。
- ・ マニュアルや手引き等は個人チャンネル内の「00\_各種書類」内に保存する。

- ・ 「研修参加履歴」ファイルには、個人業績や院内研修、院外研修参加の状況を入力する。
- ・ 報告書や評価表、事例リストは「10\_月例報告書」内に保存する。
- ・ 症例検討会資料は症例検討会が終了後速やかに、年月日や個人情報を匿名化した状態で PDF ファイルとして「21\_症例検討会資料」内に保存する。
- ・ 紙媒体での保存が希望の者は、その旨を部門長に通達するとフォルダーが配布される。

#### 4) teams 個人チャンネル内（ポートフォリオフォルダ）に保管するもの

- ・ 当院の各種マニュアルや手引き、作業療法レジデントガイドライン
- ・ 研修参加履歴（資料はデータで配布しない）
- ・ レジデント報告書、事例リスト<sup>※1</sup>、症例検討会資料・評価表
- ・ 研修評価表（生活行為向上マネジメント評価表、臨床能力チェックリスト）
- ・ 研修内で配布された資料（PDF 化されたもの<sup>※2</sup>）

※1：事例リストは2年間の完成版をExcel ファイルで作成する。

※2：当研修内で配布された資料を許可なく他者に配布することは禁ずる。

#### 5) 指導者からのフィードバック

指導者との定期面談・部門長・副部門長との面談の際には、研修プロセス記録（ポートフォリオファイル）を参照し、確認をしてもらう。

### IV. レジデント指導者の役割と心構え

レジデント制度は、国民のリハビリテーション医療に対する幅広いニーズにこたえ得る人材を育成することで、広く地域社会に貢献する事が目的です。そのため、研修において優先されるものは「Patient First」の考えであり、研修によって患者に不利益を与える事はあってはならないと考えます。レジデントを指導するにあたり、この原則は守られなければなりません。

またレジデントの成長には、その教育環境が大きく影響します。レジデントがその環境にいただけで、自然と臨床に対して情熱を持ち、積極的に学習に取り組めるような教育環境を構築することが理想です。したがって、レジデントがいかに自己研鑽を積んでいけるかは、リハビリテーション部門スタッフ全体の臨床への姿勢やその組織の文化が重要で、指導者たち自身が臨床の面白さや大切さ、奥深さを知っていることが何よりも大切な事です。臨床技術・知識の教育も重要ですが、指導者は情熱を持って、臨床の面白さをレジデントに教えていく事を常に意識してほしいと思います。そして、指導者はこのようなレジデント教育は、レジデント個人だけでなく、レジデントの背後にいる患者の存在を常に意識しつつ、指導に当たって欲しいと考えます。レジデント制度は、多くの人の支えによって成立している研修です。そのような認識をレジデントに感じさせる事も指導者としての重要な役割です。

良い指導者とは、すべてを知っている指導者とは限りません。知らない事は知らないと言い、レジデントと共に悩み、学びあって日々成長するセラピストこそ良き指導者と思います。常にレジデントを鼓舞し、士気を削がないように気を配れ、自らの知識と技術を惜しみなく全て、レジデントに分け与えるような指導者であってほしいと願っています。

## 指導者の心得

- ・研修は個人のためだけではなく受療者である国民のためである
- ・指導者はレジデントにとって良き相談者であり、すべからく情緒安定型である必要がある
- ・指導者は情熱を持って臨床の面白さをレジデントに教えていく必要がある
- ・指導者はすべてを知っている必要はない。研修生と共に悩み、ともに患者ケアに努力する人こそが良き指導者である
- ・レジデントを取り巻く教育環境を常に整備し、部門スタッフ一丸となって彼らの成長を支援するように心掛けなければならない

	月	火	水	木	金
8:30~8:40	朝会	朝会	朝会	朝会	朝会
8:40~9:00	振り分け	振り分け	振り分け	振り分け	振り分け
9:00~10:00	ブリーフィング	ブリーフィング	ブリーフィング	ブリーフィング	ブリーフィング
10:00~12:00	診療・指導	診療・指導	診療・指導	診療・指導	診療・指導
12:00~13:00	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み
13:00~13:30	チームカンファ	職種カンファ	チームカンファ	職種カンファ	チームカンファ
13:30~16:30	診療・指導	診療・指導	診療・指導	診療・指導	診療・指導
16:30~17:15	デブリーフィング	デブリーフィング	症例検討会	デブリーフィング	デブリーフィング

## V. 研修体制の評価

### 1. 研修体制の評価の考え方

レジデント制度はレジデントと指導者側が双方向性に協議して作り上げていくものである。研修体制を評価することは、施設ごとの体制の質を比較することや体制の強み・弱みを把握することに繋がる。評価は指導の質・組織の質・指導の結果の3つの視点から行う。

### 2. 昨年度の研修体制

指導の質の評価指標	人数
・指導に関わる作業療法士数	12
・認定作業療法士数	5
・臨床実習指導者数	10
・生活行為向上マネジメント指導者数	1
・修士を有する作業療法士数	3
・博士を有する作業療法士数	1
・(今年度) 院内の指導者養成研修の修了者数	7
・部内のマネジメント研修修了者数	Basic : 7 Middle : 3
指導の結果の評価指標	

・レジデントの指導体制への評価（達成度・満足度）	毎年度末に1回
・レジデントの達成目標の達成状況の評価	疾患別研修毎に評価
・（前年度）レジデントの学会発表数	1
・（前年度）レジデントの取得資格数	1
<b>組織の質の評価指標</b>	
・評価表の準備	あり
・指導に関する面談の実施	1回/2ヶ月
・指導に関する会議の実施	年5回程度
・1日当たりの指導時間	1h～2h
・理念・計画の準備	ガイドラインの作成・修正を毎年度実施 人材育成委員会にて多職種で確認
・地域研修連携施設数	19

### 3. 有資格者数

資格	人数
心不全療養指導士	5
福祉住環境コーディネーター2級	3
介護支援専門員	2
心臓リハビリテーション指導士	1
両立支援コーディネーター	1
3学会合同呼吸療法認定士	1
医療経営士2級	1
リンパ浮腫指導技能者	1
脳卒中療養相談士	1
感覚統合学会認定セラピスト	1
広島県糖尿病療養指導士	1
広島県地域リハビリテーション専門職等研修会 修了	1
広島県作業療法士会 認知症生活行為支援指導者	1
初級パラスポーツ指導員	1

## 1年目4月の振り返り表

## &lt;4月：達成目標&gt;

氏名：		指導者：		評価日： 年 月 日	
項目	評価項目	自己評価	指導者評価	今後の課題・コメント	
体調管理	遅刻することなく毎日定時に出勤できる				
	体調管理を行い、遅刻・早退することなく業務を遂行できる				
労務	就労開始時間と終了時間を意識して、業務を遂行できる				
	就労管理を入力することができる				
電子カルテ操作	作業療法指示の受付や予約管理、実施入力ができる				
	SOAPに沿って記録を記載することができる				
見学	自分から先輩作業療法士の臨床場面の見学ができる				
	患者さんと適切な距離を保ち、関係性を築くことができる				
	ルート管理や移乗介助など自発的に手伝うことができる				
	作業療法の目的や経過などを自発的に質問することができる				
情報収集	カルテから介入に必要な情報を収集できる				
	医師の指示を確認し、全体の治療方針と作業療法の目的を確認できる				
	他職種（医師・看護師・PT・MSW等）に自分から話しかけて情報収集をすることができる				
リスク管理	血圧や脈拍、SpO2の測定を適切に行うことができる				
	ギャッジアップや移乗、点滴や酸素などのルート管理などの基本的な介助技術を習得している				
自己学習	担当患者や見学患者の情報について、教科書や文献から知識を得ることができる				
作業療法	作業療法の定義や範囲を説明することができる				

## 評価指標

4：支援なくできる 3：少し支援があれば実施できる 2：かなりの支援があれば実施できる 1：支援があっても実施できない

