

耳鼻咽喉科頭頸部外科領域のリハビリテーションの現状と課題 —研修施設を対象とするアンケート調査の結果—

耳鼻咽喉科リハビリテーションWG

座長：土井勝美（近畿大）

委員：兵頭政光（高知大），岩崎真一（名古屋市立大），高野賢一（札幌医大）

加藤健吾（かとう耳鼻咽喉・嚙下クリニック），平野 滋（京都府医大）

森 恵莉（東京慈恵会医大），萩森伸一（大阪医薬大），春名眞一（獨協医大）

藤岡 治（臨床耳鼻咽喉科医会副会長），野上兼一郎（臨床耳鼻咽喉科医会理事）

アドバイザー：村上信五（日耳鼻理事長），香取幸夫（東北大）

折館伸彦（横浜市大），石川浩太郎（国立障害者リハビリテーションセンター）

久保俊一（日本リハビリテーション医学会理事長）

はじめに

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会（日耳鼻）に新設された耳鼻咽喉科リハビリテーションワーキンググループ（耳鼻咽喉科リハビリWG）では，テキストブック「耳鼻咽喉科頭頸部外科領域のリハビリテーション医学・医療」発刊の準備として，日耳鼻専門医の基幹施設（102施設）および旧専門医制度の認可研修施設（600施設）を対象として，Googleフォームを使用した「耳鼻咽喉科頭頸部外科領域のリハビリテーション」に関するアンケート調査を実施した（2021年4月および7月）．本稿では，国内における耳鼻咽喉科頭頸部外科領域のリハビリテーション診療の現状をご理解いただくために，同アンケート調査の解析結果（概要）を紹介する．

聴覚リハビリテーション

聴覚リハビリテーションに関して249施設（回答率36%）から回答があった．聴覚リハビリテーションの対象となるのは，難聴・耳鳴を主症状とする中等度・高度・重度難聴患者であり，補聴器あるいは人工内耳を装着した上で聴覚リハビリテーションを実施することになる．

小児および成人の人工内耳手術を実施している施設の割合は，小児例22%，成人例34%であった．補聴器外来を設置している施設は58%と半数以上を占め（図1），一方で耳鳴外来を設置している施設はわずか12%であった（図2）．

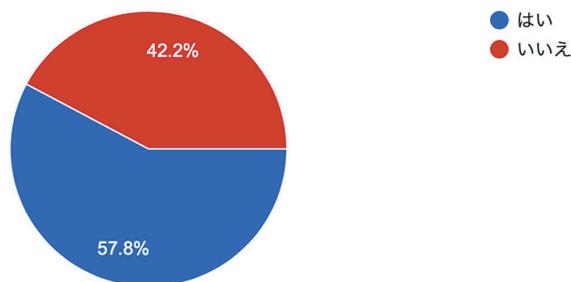


図1 補聴器外来の設置施設

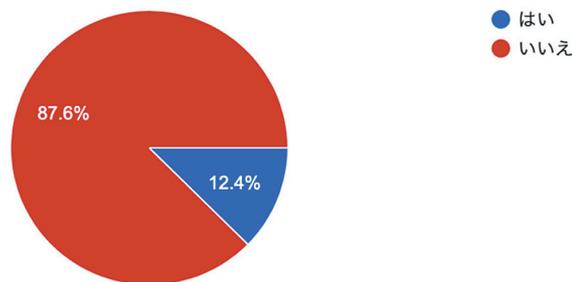


図2 耳鳴外来の設置施設

小児および成人の人工内耳リハビリテーション実施している施設の割合は，小児例21%，成人例32%で，それぞれの手術を実施している施設の割合を反映していた（図3，図4）．補聴器外来で小児例および成人例の補聴器リハビリテーションを実施している施設の割合は，小児例15%，成人例25%で，補聴器外来を設置している施設の30～40%程度に低下した．一方で，耳鳴外来で耳鳴のリハビリテーションを実施している施設の割合は11%で，耳鳴外来を設置している施設の90%で実施していた．耳鳴のリハビリテーションとしては，補聴器やサウンドジェネレーター（音源治療器）を用いた耳鳴順応療法（TRT 治療：Tinnitus Retraining Therapy），最近では，認知行動療法を実施している施設もある．

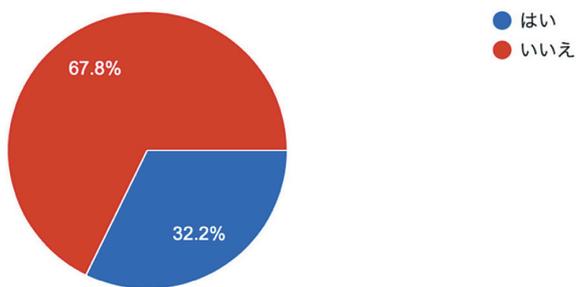


図3 成人人工内耳リハビリテーションの実施施設

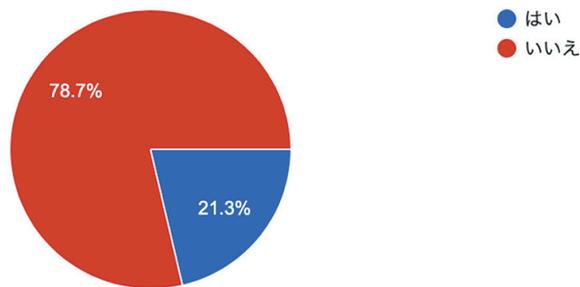


図4 小児人工内耳リハビリテーションの実施施設

小児および成人の人工内耳リハビリテーションの担当者は、小児例では言語聴覚士95%、医師16%、教育担当者が10%、成人例でも言語聴覚士98%、医師19%で、ほとんどの人工内耳リハビリテーションが言語聴覚士により実施されていた(図5、図6)。小児および成人の補聴器リハビリテーションの担当者は、小児例では言語聴覚士90%、医師33%、認定補聴器技能者22%、成人例では言語聴覚士67%、医師46%、認定補聴器技能者48%で、こちらもやはり言語聴覚士による実施が多いものの、医師および認定補聴器技能者の割合が高くなっていて、認定技能者にも聴覚リハビリテーションに関する必須の知識・技術を教育する機会を設ける必要があると考えられた(図7)。耳鳴りリハビリテーションの担当者は、医師73%、認定補聴器技能者40%、言語聴覚士33%で、こちらは医師の比重が大きくなっていった(図8)。

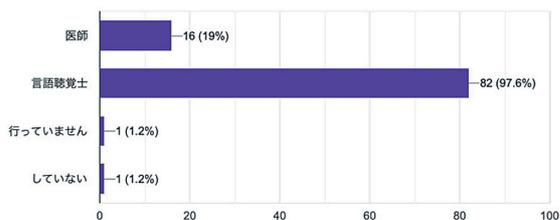


図5 成人人工内耳リハビリテーションの担当者

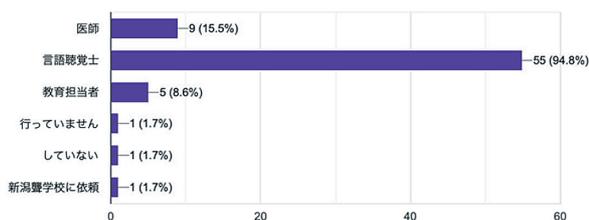


図6 小児人工内耳リハビリテーションの担当者

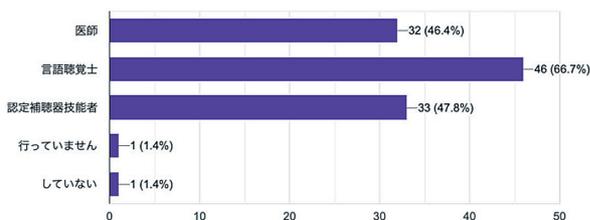


図7 成人補聴器リハビリテーションの担当者

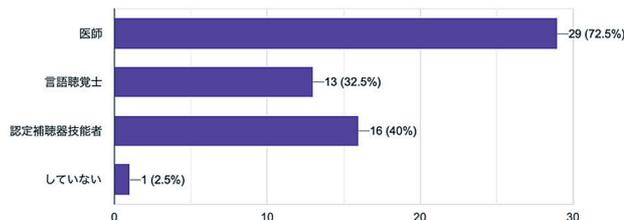


図8 耳鳴りリハビリテーションの担当者

小児の人工内耳リハビリテーションの実施に際して参考にしているリハビリテーションの方法は、教科書・テキストブック・論文等の方法69%、人工聴覚器機器メーカーが推奨する方法56%、施設内で独自に開発した方法30%、学会・研究会等のガイドライン・手引きの方法20%、他施設で開発された方法17%の順であった。成人の人工内耳リハビリテーションの実施に際して参考にしているリハビリテーションの方法は、人工聴覚器機器メーカーが推奨する方法62%、教科書・テキストブック・論文等の方法53%、施設内で独自に開発した方法30%、学会・研究会等のガイドライン・手引きの方法15%、他施設で開発された方法9%の順であった。補聴器リハビリテーションの実施に際して参考にしているリハビリテーションの方法は、教科書・テキストブック・論文等の方法56%、施設内で独自に開発した方法39%、補聴器メーカーが推奨する方法36%、学会・研究会等のガイドライン・手引きの方法24%、他施設で開発された方法18%の順であった。耳鳴りリハビリテーションの実施に際して参考にしているリハビリテーションの方法は、教科書・テキストブック・論文等の方法50%、学会・研究会等のガイドライン・手引きの方法37%、他施設で開発された方法29%、補聴器メーカーが推奨する方法26%、施設内で独自に開発した方法24%の順であった。いずれの聴覚リハビリテーション

においても、教科書、テキストブック、論文、ガイドライン、手引き、独自開発の手法等、それぞれの施設でさまざまなリハビリテーションが実施されている現状が確認され、リハビリテーションの標準化が課題の一つであることが示された。

人工内耳リハビリテーションの保険点数は、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定70%、算定していない施設21%であった（図9）。補聴器リハビリテーションの保険請求点数は、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定が30%、算定していない施設が65%であった（図10）。これらのリハビリテーションを担当する言語聴覚士の雇用を考える上で、聴覚リハビリテーションに対してより適切なリハビリテーション料の算定が絶対条件と考えられる。リハビリテーション料算定の施設基準の緩和についても今後の対応が求められる。

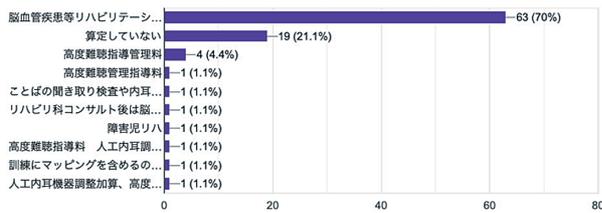


図9 人工内耳リハビリテーションの保険点数

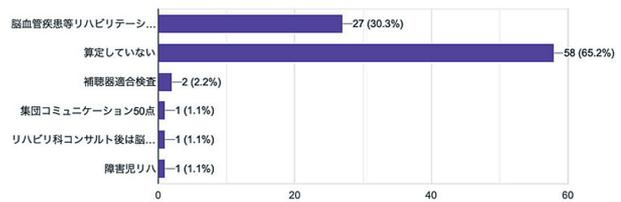


図10 補聴器リハビリテーションの保険点数

前庭リハビリテーション

前庭リハビリテーションに関して255施設（回答率36%）から回答があった。前庭リハビリテーションの対象となるのは、回転性めまい、浮遊感、ふらつきを主症状とする末梢性および中枢性前庭障害の患者である。前庭代償機構が期待できる片側性障害と、前庭代償機構が作動しない両側性障害では異なる対応が求められる。末梢性めまい患者では、難聴や耳鳴を随伴することも多く、それらへの対応もあわせて必要となる。

めまい外来を設置している施設の割合は34%であった（図11）。末梢性前庭障害（片側性・両側性）の患者を診ている施設は22%で、めまい外来を設置している施設の65%が末梢性めまい患者の対応を行っていた。

片側性前庭障害のリハビリテーションを実施している施設の割合は29%、両側前庭障害のリハビリテーションを実施している施設の割合は17%で、めまい外来を設置している施設の50～85%が末梢性めまい患者のリハビリテーションを実施していた（図12, 図13）。前庭障害に対するリハビリテーションでは、歩行訓練は80%、体操・運動・スポーツは71%、感覚代行リハビリテーションは19%の施設で実施されていた。

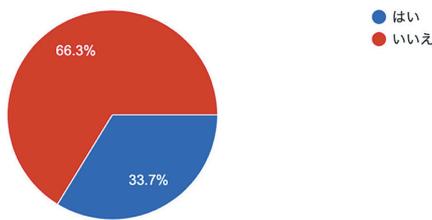


図11 めまい外来の設置施設

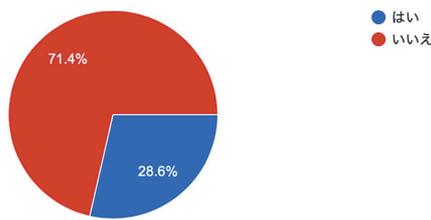


図12 片側性前庭障害のリハビリテーション実施施設

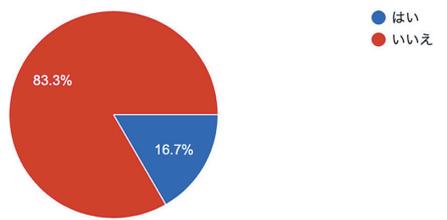


図13 両側性前庭障害のリハビリテーション実施施設

片側性前庭障害の原因疾患としては、前庭神経炎97%、メニエール病90%、突発性難聴83%、良性発作性頭位めまい症65%、聴神経腫瘍54%、側頭骨外傷28%の順であった（図14）。両側性前庭障害の原因疾患としては、加齢性前庭障害69%、メニエール病65%、遅発性内リンパ水腫44%、特発性38%、薬剤性37%、髄膜炎・脳炎28%、若年発症型両側性感音難聴17%の順であった（図15）。

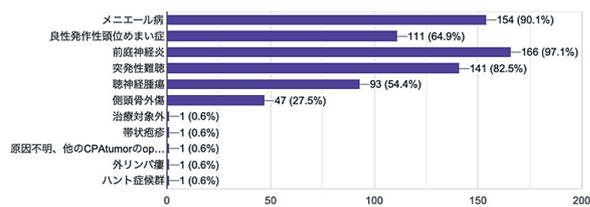


図14 片側性前庭障害の疾患

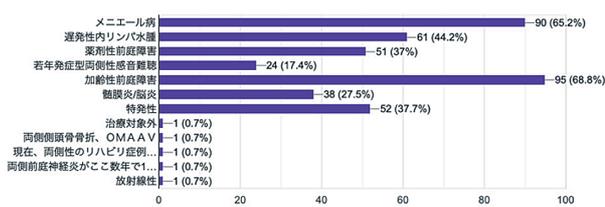


図15 両側性前庭障害の疾患

前庭リハビリテーションの担当者は、医師72%、理学療法士17%、言語聴覚士10%、患者自身2%、臨床検査技師2%であった。

前庭リハビリテーションの実施に際して、参考にしてリハビリテーションの方法は、教科書・テキストブック・論文等の方法70%、他施設で開発された方法30%、学会・研究会等のガイドライン・手引きの方法29%、施設内で独自に開発した方法10%の順であった。聴覚リハビリテーションと同様に、施設により、教科書、テキストブック、論文、ガイドライン、手引き、独自開発の手法等、さまざまなリハビリテーションが選択されている現状が確認された。

前庭リハビリテーションの保険点数は、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定9%、運動器リハビリテーション料が2%で、85%の施設では算定していなかった（図16）。回答のあった約3割の施設にめまい外来が設置され、末梢性および中枢性めまい疾患に対して前庭リハビリテーションが実施されているにもかかわらず、保険点数の請求ができていない現状が明らかになった。前庭リハビリテーションに対しても適切なリハビリテーション料の算定は絶対条件であり、リハビリテーションの標準化、施設基準の設定等の対応が必要である。



図16 前庭リハビリテーションの保険点数

顔面神経リハビリテーション

顔面神経リハビリテーションに関して254施設（回答率36%）から回答があった。顔面神経リハビリテーションの対象となるのは、主として末梢性顔面神経麻痺の患者で、顔面神経外来等で治療や顔面神経リハビリテーションを実施することになる。一部の施設では、中枢性顔面神経麻痺についても、原因となる中枢性病変の治療と並行して、顔面神経リハビリテーションが実施されている。

顔面神経外来を設置している施設の割合は24%であった（図17）。顔面神経リハビリテーションを実施している施設の割合は42%であった（図18）。顔面神経リハビリテーションの実施期間については、初回診察時のみ16%、3カ月以内26%、6カ月以内33%、1年以内26%であった。実施されている顔面神経リハビリテーションの内容としては、表情筋マッサージ94%、ミラーバイオフィードバック74%、温熱療法56%、個別的表情筋筋力強化21%、粗大表情筋筋力強化15%の順であった。

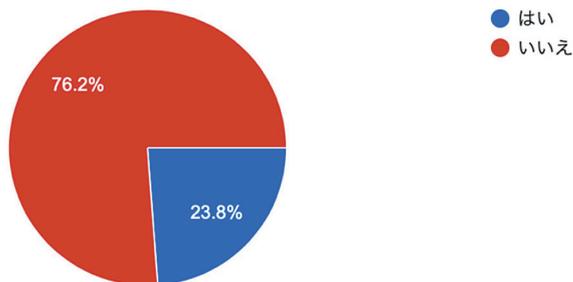


図17 顔面神経外来の設置施設

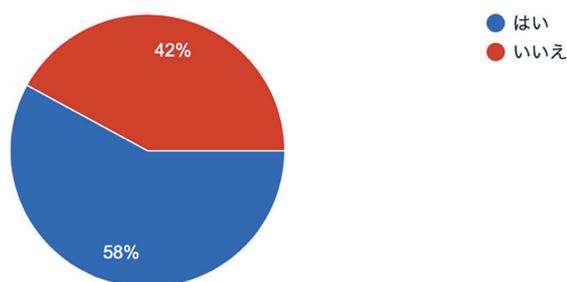


図18 顔面神経リハビリテーションの実施施設

顔面神経減荷術を実施している施設は54%で、顔面神経麻痺に対する形成外科の手術を耳鼻咽喉科で実施している施設は2%と極めて少数であった。顔面神経リハビリテーションの対象疾患としては、Ramsay-Hunt 症候群97%、Bell 麻痺96%、外傷性顔面神経麻痺49%、耳性顔面神経麻痺43%、耳下腺疾患43%、中枢性顔面神経麻痺15%の順であった。

顔面神経リハビリテーションの担当者は、医師50%、理学療法士36%、言語聴覚士32%、看護師2%、作業療法士1%であった（図19）。

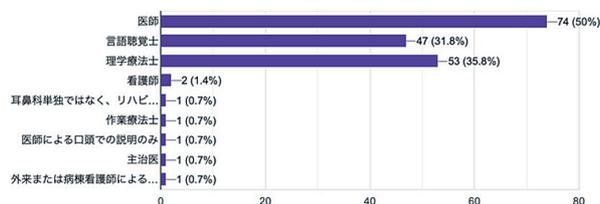


図19 顔面神経リハビリテーションの担当者

顔面神経リハビリテーションの実施に際して、参考にしてしているリハビリテーションの方法は、教科書・テキストブック・論文等の方法59%、学会・研究会等のガイドライン・手引きの方法48%、施設内で独自に開発した方法13%、他施設で開発された方法12%の順であった。ここでも、教科書、テキストブック、論文、ガイドライン、手引き、独自開発の手法等、施設によりさまざまなリハビリテーションが選択されている現状が確認された。

顔面神経リハビリテーションの保険点数は、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定47%で、52%の施設では算定していなかった（図20）。ほかのリハビリテーション料の算定と同様に、少なくとも脳血管疾患等リハビリテーション料が算定できるよう、あるいは適切な顔面神経リハビリテーション料の算定ができるよう、顔面神経リハビリテーションの標準化、施設基準の設定等について対応が必要と考えられる。



図20 顔面神経リハビリテーションの保険点数

嗅覚リハビリテーション

嗅覚刺激療法に関して237施設（回答率34%）から回答があった。嗅覚リハビリテーションの主な対象となるのは、嗅神経性および中枢性嗅覚障害の患者で、嗅覚外来等で障害程度の評価、ならびに治療や嗅覚刺激療法を含めた嗅覚リハビリテーションを実施することになる。

嗅覚外来を設置している施設の割合は12%と極めて少数であった（図21）。患者へ「においを嗅ぐ」との生活指導を行っている施設の割合は55%であった。生活指導の内容としては、特定のにおいを思い出して sniffing させる、毎日3種類以上のにおいを嗅ぐ等さまざま、指導方法も口頭で説明するだけの施設もあれば、具体的な嗅素を提案し、嗅覚リハビリテーションの詳細を説明・指導する施設もある。

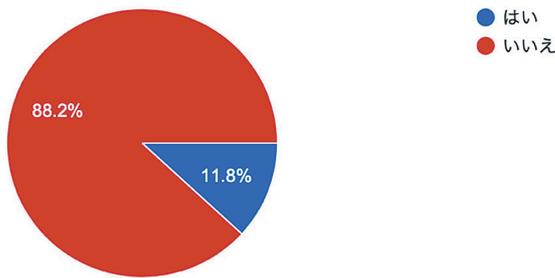


図21 嗅覚外来の設置施設

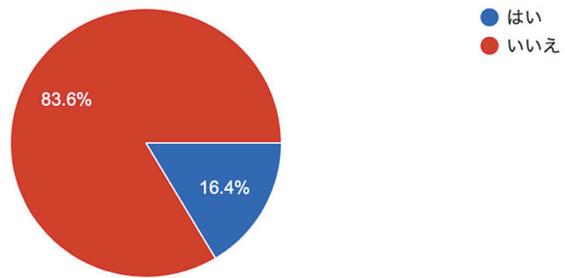


図22 嗅覚刺激療法の実施施設

実際に嗅覚外来でにおいを嗅がせて嗅覚刺激療法を実施している施設は16%であった(図22)。嗅覚刺激療法を実施している場所は、患者自身が自宅で実施が94%、リハビリテーション科で言語聴覚士実施が6%で、耳鼻咽喉科の嗅覚外来で実施している施設はなかった。

嗅覚刺激療法の対象疾患は、感冒後嗅覚障害98%、外傷性嗅覚障害71%、特発性嗅覚障害71%、加齢性嗅覚障害61%、鼻炎・副鼻腔炎による嗅覚障害46%、神経変性疾患による嗅覚障害41%、薬物性/毒性嗅覚障害23%であった。嗅覚刺激療法で嗅素を使用している施設は20%、嗅素としては、レモン57%、バラ49%、ユーカリ35%、クローブ32%の順であった。残りの施設では嗅素は使用されておらず、ミントの香り、香水、アルコール綿、アロマオイル、コーヒー等、さまざまなものが使用されていた。

嗅覚刺激療法の担当者は、医師87%、理学療法士2%、言語聴覚士2%、臨床検査技師2%であった。嗅覚刺激療法の指導を担当する医師の人数は、1名26%、3名25%、2名21%の順であった。

嗅覚刺激療法の実施に際して、参考にしてしているリハビリテーションの方法は、教科書・テキストブック・論文等の方法50%、学会・研究会等のガイドライン・手引きの方法35%、他施設で開発された方法19%、施設内で独自に開発した方法15%の順であった。

嗅覚刺激療法の保険点数は、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定2%で、98%の施設では算定していなかった(図23)。嗅覚刺激療法の国内での実施数はこれから増加するものと想定されるが、嗅素を用いた嗅覚刺激療法や、喉頭摘出術後の患者に対するNAIM(Nasal airflow-inducing maneuver)も含めた嗅覚リハビリテーションに対しても、適切なリハビリテーション料の算定は絶対条件であり、リハビリテーションの標準化、施設基準の設定等について対応が必要である。

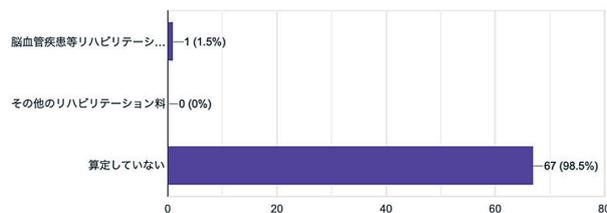


図23 嗅覚刺激療法の保険点数

音声リハビリテーション

音声リハビリテーションに関して263施設(回答率38%)から回答があった。音声リハビリテーションの対象となるのは、器質性および機能性音声障害の患者で、音声外来等で治療や音声リハビリテーションを実施することになる。音声外科手術が優先される症例でも、手術前後に音声リハビリテーションが実施される。

音声外来を設置している施設の割合は26%であった(図24)。また、音声リハビリテーションを実施している施設の割合は37%であった(図25)。

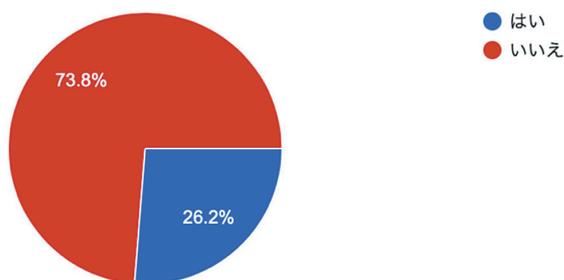


図24 音声外来の設置施設

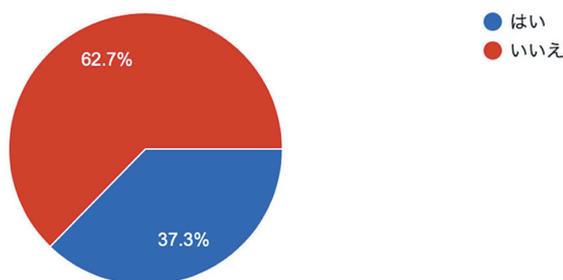


図25 音声リハビリテーションの実施施設

音声リハビリテーションのセッション1回の時間としては、20分43%、40分37%、60分9%、30分2%の順であった。1例当たりの実施期間（週数）については、8～12週18%、4～8週13%、12～24週9%、2～4週7%、48週以上2%であった。

音声リハビリテーションの内容としては、あくび・ため息法71%、ハミング69%、プッシング法60%、喉頭マッサージ56%、チューブ発声49%、音声機能拡張訓練（vocal function exercise）40%、硬起性発声37%、トリル29%、共鳴法25%、アクセント法25%であった。症例により、電気喉頭・人工喉頭、シャント発声、食道発声、腹式呼吸等、さまざまなリハビリテーションも実施されていた。リハビリテーション前後での音声機能の評価は、喉頭ファイバースコープ95%、聴覚心理的評価（GRBAS評価）85%、喉頭ストロボスコープ56%、自覚的評価尺度（VHI等）42%、音響分析32%、空気力学的検査28%、喉頭筋電図検査5%、最長発声持続時間1%であった。

音声リハビリテーションの対象疾患は、声帯結節76%、機能性発声70%、痙攣性発声障害59%、一側性声帯麻痺58%、声帯萎縮54%、心因性発声障害52%、声帯ポリープ44%、声帯癒痕・溝症35%、頭頸部悪性腫瘍治療後34%、喉頭肉芽腫24%、両側声帯麻痺（固定）14%、変声障害2%、脳血管障害（失語症）1%であった。

音声リハビリテーションの担当者は、言語聴覚士84%、医師33%であった（図26）。言語聴覚士は、耳鼻咽喉科所属とリハビリテーション科所属に分散していた。

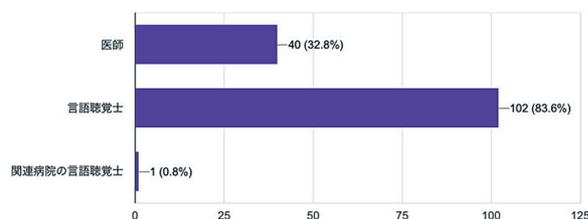


図26 音声リハビリテーションの担当者

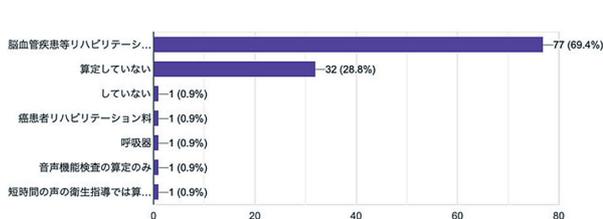


図27 音声リハビリテーションの保険点数

音声リハビリテーションの実施に際して、参考に行っているリハビリテーションの方法は、教科書・テキストブック・論文等の方法80%、学会・研究会等のガイドライン・手引きの方法44%、施設内で独自に開発した方法14%、他施設で開発された方法11%の順であった。同様に、教科書、テキストブック、論文、ガイドライン、手引き、独自開発の手法等、施設によりさまざまなリハビリテーションが選択されている現状が確認された。

音声リハビリテーションの保険点数は、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定69%、呼吸器リハビリテーション料1%、がん患者リハビリテーション料1%、残りの29%の施設では算定していなかった（図27）。音声リハビリテーション料に対しても、少なくとも脳血管疾患等リハビリテーション料が算定できるよう、あるいはより適切な音声リハビリテーション料の算定ができるよう、音声リハビリテーションの標準化、施設基準の設定等について対応が必要と考えられる。

摂食嚥下リハビリテーション

摂食嚥下リハビリテーションに関して257施設（回答率37%）から回答があった。摂食嚥下リハビリテーションの対象となるのは、成人では脳血管障害、神経・筋疾患、頭頸部癌、呼吸器疾患、加齢、認知症等の患者、小児では神経・

筋疾患、脳血管障害、呼吸器疾患等の患者で、摂食嚥下外来等で治療や摂食嚥下リハビリテーションを実施することになる。

摂食嚥下外来を設置している施設の割合は45%であった（図28）。成人に対するリハビリテーションを実施している施設は87%、小児に対するリハビリテーションを実施している施設は23%であった（図29、図30）。

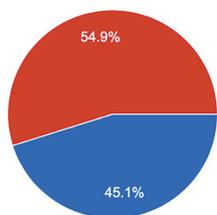


図28 摂食嚥下外来の設置施設

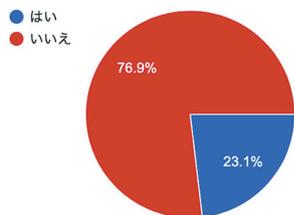


図29 小児の摂食嚥下リハビリテーションの実施施設

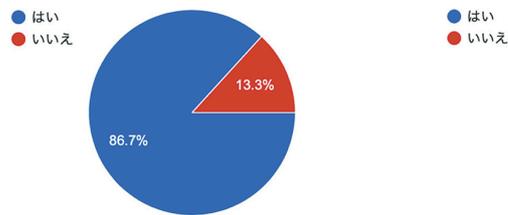


図30 成人の摂食嚥下リハビリテーションの実施施設

摂食嚥下の機能評価としては、嚥下内視鏡検査簡易検査98%、嚥下造影検査76%、簡易検査73%であった。摂食嚥下リハビリテーションの対象となる疾患は、成人では、脳血管障害90%、神経・筋疾患83%、頭頸部癌80%、呼吸器疾患76%、加齢68%、認知症50%の順であった。小児では、神経・筋疾患86%、脳血管障害44%、呼吸器疾患38%、頭頸部癌9%、先天性疾患10%、発達障害3%の順であった。摂食嚥下リハビリテーションの内容としては、シャキア法、嚥下おでこ体操、うなずき嚥下、一側嚥下、横向き嚥下、頸部回旋嚥下、顎引き嚥下、息こらえ嚥下、頬杖位嚥下、メンデルゾン手技、ブローイング、舌骨上筋トレーニング、舌圧強化、チューブ嚥下訓練、アイスマッサージ等、さまざまな方法が実施されていた。

摂食嚥下障害に対する外科治療を実施している施設は68%、薬物治療を実施している施設は7%であった。外科治療の内容としては、誤嚥防止手術95%、嚥下機能改善手術70%、声帯内方移動術1%、喉頭形成術1%等であった。薬物治療の内容としては、半夏厚朴湯等の漢方薬39%、ACE阻害薬22%、カプサイシン17%等であった。

摂食嚥下リハビリテーションの担当者は、言語聴覚士91%、医師48%、看護師39%、歯科医師12%、理学療法士11%、歯科衛生士8%、作業療法士4%であった（図31）。

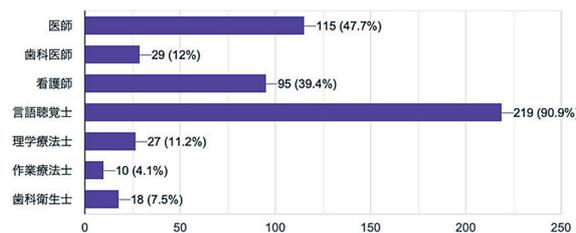


図31 摂食嚥下リハビリテーションの担当者

摂食嚥下リハビリテーションの実施に際して、参考に行っているリハビリテーションの方法は、教科書・テキストブック・論文等の方法69%、学会・研究会等のガイドライン・手引きの方法66%、施設内で独自に開発した方法11%、他施設で開発された方法9%、嚥下機能機器メーカーが推奨する訓練法3%の順であった。ここでも、教科書、テキストブック、論文、ガイドライン、手引き、独自開発の手法等、施設によりさまざまリハビリテーションが選択されている現状が確認された。

摂食嚥下リハビリテーションの保険点数は、摂食機能療法の算定78%、脳血管疾患等リハビリテーション料55%、呼吸器リハビリテーション料25%、廃用症候群リハビリテーション料4%、がん患者リハビリテーション料4%等で、8%の施設では算定していなかった（図32）。摂食機能療法（30分以上で185点、月4回）の算定が適切であるのか、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定で良いのか、より適切な保険点数の設置が望ましいのか、今後の検討課題である。

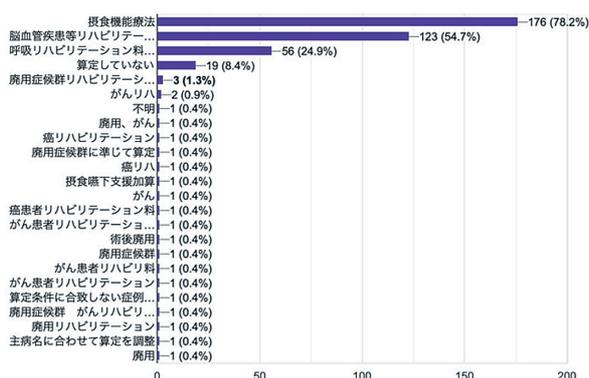


図32 摂食・嚥下リハビリテーションの保険点数

ま と め

耳鼻咽喉科リハビリ WG では、Google フォームを使用した「耳鼻咽喉科頭頸部外科領域のリハビリテーション」に関するアンケート調査を実施した。同アンケート調査の解析結果から、それぞれの領域のリハビリテーションについて、専門外来の設置率、リハビリテーションの実施率、リハビリテーションの患者数、リハビリテーションが対象とする主な疾患、リハビリテーションの担当者、リハビリテーションの方法、リハビリテーションの保険点数の算定内容等について有益な情報を収集できた。同時に、大学病院、基幹病院においてさえ耳鼻咽喉科リハビリテーションの実施率は必ずしも高くないこと、言語聴覚士や理学療法士等のメディカルスタッフとの協働が重要であること、リハビリテーションの標準化をさらに進める必要があること、算定できる適切なリハビリテーション料を求めること等、現行の耳鼻咽喉科頭頸部外科領域のリハビリテーション診療の問題点・課題も数多く浮き彫りになった。

耳鼻咽喉科リハビリ WG の活動目標としては、1) 国内および海外における耳鼻咽喉科リハビリテーションの現状調査、2) 耳鼻咽喉科リハビリテーションの標準化、3) 耳鼻咽喉科リハビリテーション料算定の最適化、4) 新しい耳鼻咽喉科リハビリテーション（例えば、嗅覚・味覚障害リハビリテーション）の確立、5) 診療所医師が実施できる耳鼻咽喉科リハビリテーションの開発等を設定した。本調査の解析結果でも明らかになったように、耳鼻咽喉科頭頸部外科領域のリハビリテーション推進のためには、耳鼻咽喉科医師と言語聴覚士、理学療法士、臨床検査技師、看護師等のさまざまなメディカルスタッフとの協働が不可欠になる。耳鼻咽喉科リハビリ WG としては、日耳鼻、臨床耳鼻咽喉科医会や日耳鼻の関連学会、そして日本リハビリテーション医学会、さらにはこれらのメディカルスタッフの団体とも密接に連携する形で、それぞれのリハビリテーションの「標準化」をはかると同時に、それぞれのリハビリテーションに対してより適切なリハビリテーション料の算定が可能となるよう活動を継続していく予定である。あわせて、耳鼻咽喉科診療におけるさらなるメディカルスタッフの雇用促進と各種リハビリテーション実施時に求められる施設基準の緩和にも対応を強化していく予定である。

謝 辞

お忙しい中本アンケート調査にご回答いただきました全国の日耳鼻専門医基幹施設および旧専門医制度認可研修施設の先生方に、厚く御礼を申し上げます。