

高知大学内科専門研修プログラム 2025



文中に記載されている資料『専門研修プログラム整備基準』『研修カリキュラム項目表』『研修手帳(疾患群項目表)』『技術・技能評価手帳』は、日本内科学会 Web サイトにてご参照ください。



目次

1. 理念と使命	1
2. 本プログラムの特性【整備基準 項目 23-26, 28, 29】	1
3. 専門研修の目標および専門研修後の成果【整備基準 項目 3】	2
4. 本プログラムにおける研修コースと到達目標【整備基準 項目 4-12, 16, 34, 46, 47】	2
5. 専門研修の方法	9
6. 専門研修の評価	10
7. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと【整備基準 項目 21, 22】	12
8. 専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件【整備基準 項目 33】	12
9. 研修の実施・支援体制【整備基準 項目 34, 35, 37-39】	13
10. 専攻医の就業環境（労務管理）【整備基準 項目 40】	14
11. 専攻医によるプログラムの評価【整備基準 項目 49】	14
12. 専門研修プログラムの改善方法【整備基準 項目 50, 51】	15
13. 専攻医の採用【整備基準 27, 52】	15
14. 専門研修指導医【整備基準 項目 36】	15
15. 専攻医の採用と修了【整備基準 項目 52, 53】	16

（参考資料）

- ・高知大学内科専門研修施設群研修施設・・・・・・・・・・資料 1
- ・内科標準プログラムの一例・・・・・・・・・・資料 2
- ・内科専攻研修において求められる「疾患群」、
「症例数」、「病歴提出数」について・・・・・・・・・・資料 3

1. 理念と使命

(1) 領域専門制度の理念【整備基準 項目 1】

本プログラムの理念は、医療を行う上で最も重要な領域の一つである内科を目指す医師が、医学的な知識や技能の習得は勿論のこと、全人的な医療の実践の術を修得し、社会に貢献できる内科専門医を育成することです。高知県の教育・研究・臨床の中核をなす高知大学医学部附属病院を基幹病院とし、高知県内の多くの医療機関を連携施設または特別連携施設とすることにより、内科全般にわたる研修は勿論のこと、地域医療からサブスペシャリティを含む次のキャリアへのステップアップへの橋渡しをシームレスに行い、プロフェッショナルとしての心構えとリサーチマインドを持つ新しい時代に即応した内科専門医を育成することを目的とします。

(2) 領域専門医の使命【整備基準 項目 2】

内科専門医の使命は、本プログラム終了後も、自己研鑽を続け、高い倫理観のもと疾病の一次予防から治療、そして二次予防を通じて国民の健康に積極的に貢献し、それぞれの場において、最新かつ最善の医療を提供すると同時にチーム医療を円滑に運営することです。

2. 本プログラムの特性【整備基準 項目 23-26, 28, 29】

高知県は、四国の南半分を占める比較的広い県土を有しています。高知県の医療圏は、安芸、中央、高幡、幡多の4つの二次医療圏に分けられますが、本プログラムを作成するに当たって最も留意した点は、このプログラムが高知県下の医師の偏在を助長することなく、公平性を担保し、内科専門研修の目標を達成できるよう、作成・運用されることです。そのため、高知県の担当部局との協議を経て、本プログラムの作成を行いました。本プログラムでは、専門研修連携施設の認定基準を満たす施設を県下に設置し※、その他の施設を特別連携施設として、県全体でプログラムを構築しました（資料1）。

連携施設には、急性期病院および地域基幹病院を組み入れ、地域医療や超急性期医療など基幹施設で研修不十分となる領域を研修します。特別連携施設では、高知大学内科専門研修プログラム管理委員会の責任のもと、特に地域医療を重点的に研修します。

よって本プログラムの最大の特性は、専攻医が高知県の希望する地域にある連携施

設・特別連携施設での研修が可能であり、高度医療から、急性期医療および地域医療を幅広く研修することが出来ることです。さらに医療人育成支援センターのサポートにより、将来のサブスペシャリティを視野に入れながら、内科専門医を自分のキャリア形成に応じて取得することを可能とします。

そして大学附属病院として、リサーチマインドを持ち、将来の医療の発展に貢献できる契機となる研修を実践します。

※安芸医療圏：高知県立あき総合病院

中央医療圏：高知医療センター、近森病院、高知赤十字病院、国立病院機構高知病院、細木病院、JA 高知病院

幡多医療圏：高知県立幡多けんみん病院

3. 専門研修の目標および専門研修後の成果【整備基準 項目 3】

内科領域の専門医の使命は、1) 高い倫理観を持ち、2) 最新の標準的医療を実践し、3) 安全な医療を心がけ、4) プロフェッショナリズムに基づく患者中心の医療を展開することです。

本プログラムの成果は、以下の 4 つに示される医師像に示される内科専門医の育成です。

- 1) 地域医療における内科領域の診療医（かかりつけ医）：地域において常に患者と接し、内科慢性疾患に対して、生活指導まで視野に入れた良質な健康管理・予防医学と日常診療を任務とする全人的な内科診療を実践する。
- 2) 内科系救急医療の専門医：内科系急性・救急疾患に対してトリアージを含めた適切な対応が可能な、地域での内科系救急医療を実践する。
- 3) 病院での総合内科（generality）の専門医：病院での内科系診療で、内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち、身体・精神の統合的・機能的視野から診断・治療を行う総合内科医療を実践する。
- 4) 総合内科的視点を持った subspecialist：病院での内科系の subspecialty を受け持つ中で、総合内科（generalist）の視点から、全人的、臓器横断的に診断・治療を行う基本的診療能力を有する内科系 subspecialist として診療を実践する。

4. 本プログラムにおける研修コースと到達目標【整備基準 項目 4-12,

16, 34, 46, 47】

(1) 概要

内科領域の専門知識は、研修カリキュラムに示されるように、広範な分野を横断的に研修し、各種の疾患経験とその省察とによって獲得されます（日本内科学会専門医研修カリキュラム項目表参照）。内科専攻医が内科研修カリキュラムの内容を修得できることを目指し、内科領域を研修手帳に示す 70 疾患群（経験すべき病態等を含む）に分類し、それぞれに提示されているいずれかの疾患を順次経験していきます（日本内科学会専門医制度研修手帳（疾患群項目表）参照）。そして、その研修内容（主に症例経験）を Web 上の専攻医登録評価システム（J-OSLER）へ簡潔に登録し、指導医がそれを確認・評価します。このシステムを用いることにより、専攻医、指導医、施設群におけるプログラム管理委員会、日本専門医機構内科領域研修委員会がそれぞれの立場で管理画面を確認することによって、研修の進捗状況を確認することが出来ます。代表的なものについては病歴要約や症例報告として記載します。自らが経験することのできなかつた症例についてもカンファレンスや自己学習によって知識を補足することを求めています。これによって、遭遇する事が稀な疾患であっても類縁疾患の経験と自己学習によって適切な診療を行うことが可能になります。また幅広い疾患を網羅した知識と経験とに裏付けをされた、医療面接、身体診察、検査結果の解釈、ならびに科学的根拠に基づいた幅の広い診断・治療方針決定である専門技能の習得を行います（日本内科学会専門医技術・技能評価手帳参照）。

(2) 研修コース（資料 2）

本プログラムでは、これらの目標を達成し、専攻医の希望に広く対応するため、内科標準コースおよび各科重点コースの 2 つのコースを設定しました。いずれのコースも基幹病院で 1 年以上、連携施設・特別連携施設で 1 年以上（ただし特別連携施設での診療は 1 年を超えない）の研修が必要です。基幹施設以外の研修（連携施設の研修）を複数箇所で行う場合は、1 箇所につき最低 3 か月必要です。また内科の修了要件はどちらのコースも全く同じです。

①内科標準タイプ

サブスペシャリティが未決定の場合は内科標準タイプを選択します。専攻医は各医局あるいは高知地域医療支援センター※に登録し、3 年間で基幹病院である高知大学医学部附属病院および専門研修連携施設/特別連携施設をローテーション

し、じっくりと幅広い内科研修を行います。資料2に研修の例を挙げます。

※高知地域医療支援センターとは、医学生～研修医～専攻医～専門医までシームレスな教育および研修を可能とするため、高知県の医療機関が協力・連携し、若手医師のキャリア形成をサポートするために設立されたセンターです。

詳細は <http://cmssc-kochi.jp> を参照ください。



②サブスペシャリティ重点研修タイプ【整備基準 項目 30, 32】

希望するサブスペシャリティ領域の内科に入局し、研修します。内科研修期間中にサブスペシャリティ重点研修を組み入れることで、より早期にサブスペシャリティ領域専門医として活躍したい人のためのコースです。資料2に例を挙げますが、1年目には基幹病院で、入局した診療科およびプログラム管理委員会と相談しながら、必要な症例を効率的に経験します。この間に総合診療部および救急科での研修も可とします。さらに2年目には専門研修連携施設/特別連携施設において1年以上診療に従事し（特別連携施設での診療は1年を超えない）、13領域における必要な疾患群を経験します。この間にサブスペシャリティ領域の研修プログラムに則って、当該領域を重点的に研修する期間を設けます。この期間の開始、終了時期、継続性は問いません。ローテーションおよび連携施設での研修に関しては、本人および各科の責任者で判断し、充足していない症例を勘案しながら、プログラム管理委員会で承認します。研修中に社会人大学院へ入学も可能です。その際の修了認定は他と同一の基準で行います。

ただし、サブスペシャリティ領域研修においては当該領域の指導医がチューター等として指導することが必要です。

(3) 内科専攻研修において求められる「疾患群」、「症例数」、「病歴提出数」について (資料3)

基幹施設である高知大学医学部附属病院には10の内科系診療部門があり、それを7つの診療科で担当しています。また、緊急疾患については各診療科や救急科によって管理され、高知大学医学部附属病院においては内科領域全般の疾患が網羅できる体制が敷かれています。内科領域研修は幅広く行うために、内科領域内のどの臓器別専門分野から研修を行うかについては多様性があります。そこで、年度ごとの知識・技能・態度の修練プロセスは以下の設定が目安となります。なお、習得すべき疾患、技能、態度については多岐にわたるため、研修手帳(疾患群項目表)を、最終的に内科専攻研修において求められる「疾患群」、「症例数」、「病歴提出数」につ

いては、資料3を参照下さい。

①専門研修1年

高知大学医学部附属病院での1年間（専攻医1年修了時）で、「研修手帳」に定められた70疾患群のうち、少なくとも通算で20疾患群、60症例以上を経験し、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録します。

i. 専門知識

カリキュラムに定める70疾患群のうち、20疾患群以上を経験し、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）の研修ログに登録します。指導医は研修ログの登録内容を確認し、専攻医として適切な経験と知識の修得ができていたことが確認できた場合に承認します。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行います。また、専門研修修了に必要な病歴要約を10編以上記載して日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録します。

ii. 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

研修中の疾患群について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を指導医とともに行うことができます。

iii. 専攻医自身の自己評価、指導医とメディカルスタッフによる360度評価とを複数回行って態度の評価を行い担当指導医がフィードバックを行います。

②専門研修2年

専攻医2年修了時点で、指導医による形成的な指導を通じて、内科専門医ボードによる評価に合格できる29症例の病歴要約を作成します。プログラム管理委員会と医療人育成支援センターの管理のもと、連携施設での研修を含め、少なくとも通算で45疾患群、120症例以上を経験することを目標とし、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録します。

i. 専門知識

この年次の研修が修了するまでに、カリキュラムに定める70疾患群のうち、少なくとも通算で45疾患群以上を経験し、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録します。これら疾患群のなかで内科専門医研修として相応しい症例経験※が必要であり、プロブレムリストの上位に位置して対応が必要となる場合（単なる投薬のみなどは認めない）に限り、登録が可能です。

※内科研修として相応しい症例経験とは DPC における主病名、退院時サマリの主病名、入院時診断名、外来症例でマネジメントに苦慮した症例などにおける病名が想定されます。指導医は研修ログの登録内容を確認し、専攻医として適切な経験と知識の修得ができていると確認できた場合に承認します。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行います。また、専門研修修了に必要な病歴要約 29 編をすべて記載して日本内科専攻医登録評価システム (J-OSLER) への登録を終了します。

ii. 専門技能

研修中の疾患群について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を指導医の監督下で行うことができます。

iii. 専攻医自身の自己評価、指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行います。専門研修 1 年次に行った評価についての省察と改善とが図られたか否かを指導医がフィードバックします。

③専門研修 3 年

専攻医 3 年修了時点で、プログラム管理委員会と医療人育成支援センターの管理のもと、少なくとも通算で 70 疾患群、200 症例以上を経験することを目標とし、日本内科学会専攻医登録評価システム (J-OSLER) に登録します。内科領域全般について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を自立して行うことができます。専攻医として適切な経験と知識の修得ができることを指導医が確認します。

i. 専門知識

カリキュラムに定める 70 疾患群をすべて経験するのを目標として日本内科学会専攻医登録評価システム (J-OSLER) に 200 症例以上、その研修内容を登録します。ただし、修了認定には通算で最低 56 疾患群以上かつ 60 例以上を経験することが必須です。指導医は専攻医として適切な経験と知識の修得ができていると確認できた場合に承認します。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行います。また、既に専門研修 2 年次までに登録を終えた病歴要約は、日本内科学会病歴要約評価ボードによる査読を順次受け、受理されるまで改訂を重ねる必要があります。この過程は論文のピアレビューの過程と同様に行います。この過程を経験する事によって論文投稿のプロセスを経験することができます。専門研修修了には、すべての病歴要約 29 編の受理と、70 疾患群中の 56 疾患群以上で計 160 症例以上の経験のすべてが

必要です。

* 初期研修の症例取扱いについて

特に早期のサブスペシャリティ領域の専門医の取得を目ざす方は、本取り扱いが可能ですので参考にして下さい。

以下の条件をみたすものに限り、その取扱いを認めます。

1) 日本内科学会指導医が直接指導をした症例であること。

2) 主たる担当医師としての症例であること。

(したがって通常は初期研修2年目に研修した症例が該当しやすいと思いますので、意識して研修することを勧めます)

3) 直接指導を行った日本内科学会指導医か内科領域専門医としての経験症例とすることの承認が得られること。

4) 内科領域の専攻研修プログラムの統括責任者の承認が得られること。

5) 内科領域の専攻研修で必要とされる修了要件 160 症例のうち 1/2 に相当する 80 症例を上限とすること。病歴要約への適用も 1/2 に相当する 14 症例を上限とすること。

ii. 専門技能

内科領域全般について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を自立して行うことができることが必要です。

iii. 専攻医自身の自己評価、指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行います。専門研修2年次に行った評価についての省察と改善とが図られたか否かを指導医がフィードバックします。また、基本領域専門医としてふさわしい態度、プロフェッショナリズム、自己学習能力を修得しているか否かを指導医が専攻医と面談し、さらなる改善を図ります。

④全年度を通じ習得すべき内容

i. 学問的姿勢【整備基準 項目 6】

1) 患者から学ぶという姿勢を基本とし、2) 科学的な根拠に基づいた診断、治療を行う (EBM: evidence based medicine)、3) 最新の知識、技能を常にアップデートする (生涯学習)、4) 診断や治療の evidence の構築・病態の理解につながる研究を行う、5) 症例報告を通じて深い洞察力を磨く、といった基本的な学問的姿勢を涵養する必要があります。

ii. 医師としての倫理性、社会性など【整備基準 項目 7】

内科専門医として高い倫理観と社会性を有することが要求されます。具体的には以下の項目が要求されます。

- 1) 患者とのコミュニケーション能力
- 2) 患者中心の医療の実践
- 3) 患者から学ぶ姿勢
- 4) 自己省察の姿勢
- 5) 医の倫理への配慮
- 6) 医療安全への配慮

医療安全講習会、感染対策講習会（それぞれ年2回以上）への出席を義務付けます。

- 7) 公益に資する医師としての責務に対する自律性（プロフェッショナルリズム）
- 8) 地域医療保健活動への参画
- 9) 他職種を含めた医療関係者とのコミュニケーション能力
- 10) 後輩医師の指導

iii. 経験すべき手術・処置等【整備基準 項目 10】

バイタルサインに異常をきたすような救急患者や急変患者あるいは重症患者の診療と心肺機能停止状態の患者に対する蘇生手技とについては、off-the-job training としてシミュレーターを用いた JMECC（内科救急講習会）受講によって修得する必要があります。

iv. 地域医療の経験（病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など）【整備基準 項目 11】

内科領域では、多岐にわたる疾患群を経験するために地域の中核となる総合病院での研修は必須です。ここでは臓器別のサブスペシャリティ領域に支えられた高度な急性期医療を経験すると同時に、地域の病診・病病連携の中核としての役割を経験します。これらは主に高知大学医学部附属病院における研修を想定しています。一方、3年間の専攻期間のうち、一定期間を地域に根ざす第一線の病院で研修することも必須です。これは主に連携施設での研修を想定しています。ここでは、コモンディーズの経験をすると同時に、中核病院との病病連携や診療所と中核病院との間をつなぐ病診・病病連携の役割を経験します。このように、立場や地域における役割の異なる複数の医療機関で研修を行うことによって、各医療機関が地域においてどのような役割を果たしているかを経験し、内科専門医に求めら

れる役割を実践します。また、指導医が在籍していない診療所や過疎地の病院等を特別連携施設と定義して、プログラム責任者と指導医による管理のもとで1年以内の研修を認め、地域医療や僻地医療の経験を積極的に評価します。

v. 学術活動【整備基準 項目 12】

内科専攻医に求められる姿勢とは単に症例を経験することにとどまらず、これらを自ら深めてゆく姿勢です。この能力は自己研鑽を生涯にわたってゆく際に不可欠となります。このため、症例の経験を深めるための学術活動と教育活動とを目標として設定します。

○教育活動（必須）

- 1) 研修医あるいは医学部学生の指導
- 2) 後輩専攻医の指導
- 3) メディカルスタッフを尊重し、指導を行う

○学術活動

- 4) 内科系の学術集会に年2回以上参加する（必須）

※推奨される講演会として、日本内科学会本部または支部主催の生涯教育講演会、年次講演会、CPC および内科系サブスペシャリティ学会の学術講演会・講習会など

- 5) 経験症例についての文献検索を行い、症例報告を行う
- 6) クリニカルクエスションを見出して臨床研究を行う
- 7) 内科学に通じる基礎研究を行う

(上記のうち5)～7) は、筆頭演者または筆頭著者として学会あるいは論文発表を2件以上すること)

5. 専門研修の方法

(1) 臨床現場での学習【整備基準 項目 13】

- ①各診療科でのカンファレンスあるいは合同カンファレンスを通じて、病態の理解を深め、多面的な見方や最新の情報を得ます。また、プレゼンターとして情報検索およびコミュニケーション能力を高めることが出来ます。
- ②初診を含む外来の担当医として経験を各科および総合診療部の指導のもと積みみます（外来症例の受け持ちの病歴要約の提出が義務付けられています）
- ③内科領域の救急診療の経験を、各科および救急部の指導のもと、外来あるいは

当直において積みます。

(2) 臨床現場を離れた学習【整備基準 項目 14】

1) 内科領域の救急対応、2) 最新のエビデンスや病態理解・治療法の理解、3) 標準的な医療安全や感染対策に関する事項、4) 医療倫理、医療安全、感染防御、臨床研究や利益相反に関する事項、5) 専攻医の指導・評価方法に関する事項、などについては抄読会や内科系学術集会、指導医講習会、JMECC（内科救急講習会）等において学習します。

また、CPCに参加し、診断、治療の理解を深化させます。上記のJMECC（内科救急講習会）では、シミュレーションによる手技修得の他に、チーム医療を実践するトレーニングとしての役割を果たします。なお、医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習は、日本専門医機構が定める専門医共通講習と同等の内容の受講が求められ、これを年に2回以上受講することが必要です。

(3) 自己学習【整備基準 項目 15】

カリキュラムでは、知識に関する到達レベルを A（病態の理解と合わせて十分に深く知っている）と B（概念を理解し、意味を説明できる）に分類、技術・技能に関する到達レベルを A（複数回の経験を経て、安全に実施できる、または判定できる）、B（経験は少数例だが、指導者の立ち会いのもとで安全に実施できる、または判定できる）、C（経験はないが、自己学習で内容と判断根拠を理解できる）に分類、さらに、症例に関する到達レベルを A（主治医(主たる担当医)として自ら経験した）、B（間接的に経験している（実症例をチームとして経験した、または症例検討会を通して経験した）、C（レクチャー、セミナー、学会が公認するセルフスタディやコンピューターシミュレーションで学習した）と分類しています。自身の経験がなくても自己学習すべき項目については、内科系学会が行っているセミナーのDVDやオンデマンドの配信さらに、日本内科学会雑誌のセルフトレーニング問題や、内科学会の行なっているセルフトレーニング問題を活用して学習することが出来ます。

6. 専門研修の評価

(1) フィードバックの方法とシステム【整備基準 項目 17, 22, 24】

①担当指導医が日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて、症例経験と病歴要約の指導と評価および承認を行います。内科領域の臓器別スペシャリティ分野をローテーション研修する場合には、当該領域で直接指導を行

う指導医がそのローテーション研修終了時に、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて指導医による内科専攻医評価を行い、研修態度や全人的医療の実践をはじめとした医療者としての態度の評価とフィードバックとを行います。

- ②メディカルスタッフによる 360 度評価は年に原則 2 回行ってフィードバックを行います。評価表では社会人としての適性、医師としての適正、コミュニケーション、チーム医療の一員としての適正を評価します。評価は無記名方式で、統括責任者が各施設の研修委員会に委託して 5 名以上の複数職種に回答を依頼し、その回答は担当指導医が取りまとめ、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録します。評価結果をもとに担当指導医がフィードバックを行って専攻医に改善を促します。改善状況を確認し形成的な評価とするために 1 年間に 2 回以上の評価を行います。これらの評価を参考に、修了判定時に社会人である医師としての適正判断を行います。
- ③研修委員会は年に複数回、プログラム管理委員会は年に 1 回以上、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて、履修状況を確認して適切な助言を行います。進行状況に遅れがある場合には、担当指導医と専攻医とが面談の後、施設の研修委員会とプログラム管理委員会とで検討を行い、必要に応じて専攻医の研修計画の修整を行います。

（2）評価の責任者【整備基準 項目 20】

内科領域の分野のローテーションでは担当指導医が評価を行い、基幹施設あるいは連携施設の研修委員会で検討します。その結果を年度ごとにプログラム委員会で検討し、統括責任者が承認します。

（3）修了判定のプロセス【整備基準 項目 21, 53】

日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に以下のすべてが登録され、かつ担当指導医が承認していることをプログラム管理委員会が確認して修了判定会議を行います。

- ①カリキュラムに定める 70 疾患群をすべて経験し、200 症例以上（外来症例は 20 症例まで含むことができる）を経験することを目標とします。ただし、修了認定には主担当医として通算で最低 56 疾患群以上の経験と計 160 症例以上の症例（外来症例は登録症例の 1 割まで含むことができる）を経験し、登録する必要があります。

- ②所定の受理された 29 編の病歴要約
- ③所定の 2 編の学会発表または論文発表
- ④JMECC（内科救急講習会）受講
- ⑤プログラムで定める講習会受講
- ⑥指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価の結果に基づき、医師としての適正に疑問がないこと

7. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと【整備基準 項目 21, 22】

専攻医は所定の様式を専門医認定申請年の 1 月末までにプログラム管理委員会に送付してください。プログラム管理委員会は 3 月末までに修了判定を行い、研修証明書を専攻医に送付します。その後、専攻医は日本専門医機構内科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行ってください。

8. 専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件【整備基準 項目 33】

やむを得ない事情により内科領域内でのプログラムの移動が必要になった場合、移動前のプログラム管理委員会と移動後のプログラム管理委員会が、その継続的研修を相互に認証することにより、専攻医の継続的な研修を可能とします。他の領域から内科領域での専門研修プログラムに移行する場合、他の専門研修を修了し新たに内科領域専門研修を始める場合、あるいは初期研修における内科研修において専門研修での経験に匹敵する経験をしている場合には、当該専攻医が症例経験の根拠となる記録を担当指導医に提示し、担当指導医が内科専門研修の経験としてふさわしいと認め、さらにプログラムの統括責任者が認めた場合に限り、日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)への登録を認めます。症例経験として適切か否かの最終判定は日本専門医機構内科領域研修委員会が行います。

疾病あるいは妊娠・出産、産前後に伴う研修期間の休止については、プログラム修了要件を満たしていれば、また休職期間が 6 か月以内であれば、研修期間を延長する必要はないものとします。これを超える期間の休止の場合は、研修期間の延長が必要です。短時間の非常勤勤務期間などがある場合、按分計算(1 日 8 時間、週 5 日を基本単位

とする)を行なうことによって、研修実績に加算されます。留学期間は、原則として研修期間として認めません。

9. 研修の実施・支援体制【整備基準 項目 34, 35, 37-39】

(1) 医師の育成には、卒前、初期・専門・生涯まで一貫した教育プログラムとして取り組む必要があり、一貫した研修支援の下での研修が望ましいと考えます。そのため、当院では5つの部門から構成される「医療人育成支援センター」を設置しています。

(2) 内科専攻医の研修について、責任を持って管理する内科専門医プログラム管理委員会を医療人育成支援センターの部門の一つであるキャリア形成支援部門に設置し、その統括責任者と各内科から1名ずつプログラム管理委員を選任しそれを運営します。

プログラム管理委員会の役割は以下の通りです。

- ①プログラム作成と自己点検評価および改善
- ②CPC、JMECC（内科救急講習会）等の企画
- ③適切な評価の保証
- ④プログラム修了判定
- ⑤各施設の研修委員会への指導権限を有し、同委員会における各専攻医の進達状況の把握、問題点の抽出、解決および各指導医への助言や指導の最終責任を負います。

(3) プログラム統括責任者の基準、および役割と権限

①基準

- ・基幹施設の内科領域の責任者あるいはそれに準ずるもの。
- ・日本内科学会指導医であること。
- ・本プログラムは、副プログラム責任者を置く。副プログラム責任者は統括責任者に準じる要件を満たすこと。

②役割・権限:

- ・プログラム管理委員会を主宰して、その作成と改善に責任を持つ。
- ・各施設の研修委員会を統括する。

- ・専攻医の採用、修了認定を行う。
- ・指導医の管理と支援を行う。

(4) 基幹施設と各連携施設において研修委員会を必ず設置し、委員長1名(指導医)をおきます。委員長は上部委員会であるプログラム管理委員会(基幹施設に設置)の委員となり、基幹施設との連携のもと活動します。

10. 専攻医の就業環境（労務管理）【整備基準 項目 40】

専攻医の勤務時間、休暇、当直、給与等の勤務条件に関しては、専攻医の就業環境を整えることを重視します。

労働基準法を順守し、高知大学医学部附属病院で研修中は、高知大学の就業規則と給与規則が、連携施設で研修中は各施設の就業規則と給与規則が適応されます。

- ①勤務時間：1か月単位の変形労働制で、1か月平均して週38.75時間以内
延長できることができる時間数は労使協定に基づき、1) 1日12時間以内 2) 1月45時間以内 3) 1年360時間（但し特別超過勤務は除く）
- ②休暇：年次有給休暇、リフレッシュ休暇、一斉休業等
- ③給与：フルタイム職員 1,451円、パートタイム職員 1,406円
- ④諸手当：通勤手当、超過勤務手当、宿日直手当、診療特別手当等

専攻医の心身の健康維持の配慮については各施設の研修委員会と労働安全衛生委員会で管理します。専攻医は採用時に上記の労働環境、労働安全、勤務条件の説明を受けることとなります。プログラム管理委員会では各施設における労働環境、労働安全、勤務に関して報告され、これらの事項について総括的に評価します。

11. 専攻医によるプログラムの評価【整備基準 項目 49】

日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)を用いて無記名式逆評価を行います。逆評価は年に複数回行います。また、年に複数の研修施設に在籍して研修を行う場合には、研修施設ごとに逆評価を行います。その集計結果は担当指導医、施設の研修委員会、およびプログラム統括委員会が閲覧できます。また集計結果に基づき、プログラムや指導医、あるいは研修施設の研修環境の改善に役立っています。

12. 専門研修プログラムの改善方法【整備基準 項目 50, 51】

研修委員会、プログラム管理委員会、および日本専門医機構内科領域研修委員会は日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて、専攻医の逆評価、専攻医の研修状況を把握する。把握した事項については、プログラム管理委員会が以下に分類して対応を検討します。

①即時改善を要する事項

- ②年度内に改善を要する事項
- ③数年をかけて改善を要する事項
- ④内科領域全体で改善を要する事項
- ⑤特に改善を要しない事項

研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難である場合は、専攻医や指導医から日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とします。内科領域研修委員会が上記と同様に分類して対応します。

- ・担当指導医、施設の研修委員会、プログラム管理委員会、および日本専門医機構内科領域研修委員会は日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて専攻医の研修状況を定期的にモニタし、研修プログラムが円滑に進められているか否かを判断して研修プログラムを評価します。
- ・担当指導医、研修委員会、プログラム管理委員会、および日本専門医機構内科領域研修委員会は日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて担当指導医が専攻医の研修にどの程度関与しているかをモニタします。
- ・専門研修プログラムを評価し、自律的な努力改善を行うために、必要に応じてサイトビジットを受けます。

13. 専攻医の採用【整備基準 27, 52】

書類選考および面接にて選考します。

14. 専門研修指導医【整備基準 項目 36】

指導医は下記の基準を満たした内科専門医です。専攻医を指導し、評価を行います。

【必須要件】

- ①内科専門医を取得していること
- ②専門医取得後に臨床研究論文（症例報告含む）を発表する（「first author」もしくは「corresponding author」であること）。もしくは学位を有していること
- ③厚生労働省もしくは学会主催の指導医講習会を修了していること
- ④内科医師として十分な診療経験を有すること

【選択とされる要件（下記の1、2いずれかを満たすこと）】

- ①CPC、CC、学術集会（医師会含む）などへ主導的立場として関与・参加すること
- ②日本内科学会での教育活動（病歴要約の査読、JMECC（内科救急講習会）のインストラクターなど）

※但し、当初は指導医の数も多く見込めないことから、すでに「総合内科専門医」を取得している者は、そもそも「内科専門医」より高度な資格を取得しているため、申請時に指導実績や診療実績が十分であれば内科指導医と認めます。また、現行の日本内科学会の定める指導医については、内科系サブスペシャリティ専門医資格を1回以上の更新歴がある者は、これまでの指導実績から、移行期間（2025年まで）においてのみ指導医と認めます。

15. 専攻医の採用と修了【整備基準 項目 52, 53】

（1）採用方法

プログラムへの応募者は、研修プログラム責任者宛に所定の形式の高知大学内科専門研修プログラム応募申請書および履歴書を提出してください。申請書は①医療人育成支援センターのWebサイトよりダウンロード、②電話で問い合わせ(088-866-5811)、③e-mailで問い合わせ (senmon@kochi-u.ac.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については高知大学内科専門研修プログラム管理委員会において報告します。

（2）研修開始届け

研修を開始した専攻医は、当該年度の4月1日までに以下の専攻医氏名報告書を、高知大学内科専門研修プログラム管理委員会および、日本専門医機構内科領域研修委員会に提出します。

- ①専攻医の氏名と医籍登録番号、内科医学会会員番号、専攻医の卒業年度、専攻医の研修開始年度
- ②専攻医の履歴書

③専攻医の初期研修修了証

(3) 研修の修了

全研修プログラム終了後、プログラム統括責任者が召集するプログラム管理委員会にて審査し、研修修了の可否を判定します。審査は書類の点検と面接試験からなります。

点検の対象となる書類は以下の通りです。

- ①専門研修実績記録
- ②「経験目標」で定める項目についての記録
- ③「臨床現場を離れた学習」で定める講習会出席記録
- ④指導医による「形成的評価表」

面接試験は書類点検で問題のあった事項について行われます。

以上の審査により、内科専門医として適格と判定された場合は、研修修了となり、修了証が発行されます。

