日本医科大学千葉北総病院内科専門医研修プログラム

内科専門医研修プログラム・・・・・・P.1

内科専攻医研修マニュアル・・・・・・P.17

研修プログラム指導医マニュアル・・・P.21

内科基本コース・・・・・・・・・・・・P.25

各科重点コース・・・・・・・・・・・・P.26

大学院コース・・・・・・・・・・・・・P.27

日本医科大学千葉北総病院内科専門医研修プログラム

目次

1.	本プログラムの理念・使命・特性	P1
2.	内科専門医研修はどのように行われるのか	P4
3.	専門医の到達目標項目	P6
4.	各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	P7
5.	学問的姿勢	P8
6.	医師に必要な，倫理性，社会性	P8
7.	研修施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方	P9
8.	年次毎の研修計画	P9
9.	専門研修の評価	P10
10.	専門研修プログラム管理委員会	P11
11.	専攻医の就業環境（労務管理）	P12
12.	専門研修プログラムの改善方法	P12
13.	修了判定	P13
14.	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	P13
15.	研修プログラムの施設群	P13
16.	専攻医の受入数	P13
17.	Subspecialty 領域	P14
18.	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	P14
19.	専門研修指導医	P14
20.	専門研修実績記録システム，マニュアル等	P15
21.	研修に対するサイトビジット（訪問調査）	P15
22.	専攻医の採用と修了	P15

1. 本プログラムの理念・使命・特性

1. 理念・使命・特性

理念【整備基準 1】

1) 本プログラムは，千葉県の私立大学である日本医科大学千葉北総病院を基幹施設として，基幹病院の属する印旛市郡医療圏および東京都内にある日本医科大学付属病院及び連携施設群により内科専門医の育成を行うものです．内科専門研修終了時には連携施設群の所属する各医療圏の医療事情を理解し，地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練されます．内科専門医としての基本的臨床能力獲得後はさらに高度な総合内科の Generality を獲得する場合や内科領域 Subspecialty 専門医への道を歩む場合を想定して，複数のコース別に研修を行います．

2) 初期臨床研修を修了した内科専攻医は，本プログラム専門研修施設群での 3 年間（基幹施設 2 年間＋連携施設 1 年間を基本）に，豊富な臨床経験を持つ指導医の適切な指導の下で，内科専門医制度研修カリキュラムに定められた内科領域全般にわたる研修を通じて，標準的かつ全人的な内科的医療の実践に必要な知識と技能とを修得します．

内科領域全般の診療能力とは，臓器別の内科系 Subspecialty 分野の専門医にも共通して求められる基礎的な診療能力を指します．また，知識や技能に偏らずに，患者に人間性をもって接すると同時に，医師としてのプロフェッショナリズムとリサーチマインドの素養をも修得して可塑性が高く様々な環境下で全人的な内科医療を実践する先導者の持つ能力です．

使命【整備基準 2】

1) 内科専門医として，(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提供し，臓器別専門性に著しく偏ることなく全人的な内科診療を提供すると同時にチーム医療を円滑に運営できる研修を行います．

2) 本プログラムを修了し内科専門医の認定を受けた後も，内科専門医は常に自己研鑽を続け，最新の情報を学び，新しい技術を修得し，標準的な医療を安全に提供し，疾病の予防，早期発見，早期治療に努め，自らの診療能力をより高めることを通じて内科医療全体の水準をも高めて，地域住民，日本国民を生涯にわたって最善の医療を提供してサポートできる研修を行います．

3) 疾病の予防から治療に至る保健・医療活動を通じて地域住民の健康に積極的に貢献できる研修を行います．

4) 将来の医療の発展のためにリサーチマインドを持ち臨床研究，基礎研究を実際に行う契機となる研修を行います．

特性

1） 本プログラムは，千葉県の日本医科大学千葉北総病院を基幹施設として，基幹病院の属する千葉県印旛医療圏および東京都にある日本医科大学付属病院及び連携施設群の所属する 2 次医療圏をプログラムとしての守備範囲としています．研修終了時には必要に応じた可塑性のある，地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練されます．研修期間は基幹施設 1～2 年＋連携施設 2～1 年間を原則とした合計 3 年間です．

2） 本研修プログラムでは，症例をある時点で経験するということだけではなく，主担当医として，入院から退院〈初診・入院～退院・通院〉まで可能な範囲で経時的に，診断・治療の流れを通じて，一人一人の患者の全身状態，社会的背景・療養環境調整をも包括する全人的医療を実践します．そして，個々の患者に最適な医療を提供する計画を立て実行する能力の修得をもって目標への到達とします．

3） 基幹施設である日本医科大学千葉北総病院を主な研修施設とした最初の 2 年間にわたる研修（専攻医 2 年修了時）で，「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた 70 疾患群のうち，少なくとも通算で 45 疾患群，120 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に登録できます．そして，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できます．

4） 連携病院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するために，原則として 1 年間，立場や地域における役割の異なる医療機関で研修を行うことによって，内科専門医に求められる役割を実践します．本プログラムに属する連携施設は関東近県にありますが，豊富な症例数と適切な指導医数を有し，研修効果を高められるように基幹施設の指導のもとに有機的に連携するという特徴があります．特に連携施設群の中には日本医科大学の持つ 3 分院が含まれており，ここでは適切な指導医のもとで Subspecialty 分野のみならず Generality を持つ内科診療や地域医療をも研修できるという特徴があります．

5） 専攻医 3 年修了時で，「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた 70 疾患群のうち，少なくとも通算で 56 疾患群，160 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に登録できる体制とします．そして可能な限り，「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた 70 疾患群，200 症例以上の経験を目標とします．

専門研修後の成果

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実践します．

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します．

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，総合内科医療を実践します.

4） 総合内科的視点を持った Subspecialist：総合病院での内科系の Subspecialty を受け持つ中で，総合内科（Generalist）の視点から，内科系 Subspecialist として診療を実践します.

本プログラムでは日本医科大学千葉北総病院を基幹病院として，日本医科大学付属病院および，聖隷佐倉市民病院，博慈会記念総合病院及び同愛記念病院と病院群を形成しています．複数の施設での経験を積むことにより，様々な環境に対応できる内科専門医が育成される体制を整えています.

2. 内科専門医研修はどのように行われるのか[整備基準：13～16，30]

1） 研修段階の定義：内科専門医は 2 年間の初期臨床研修後に設けられた専門研修（専攻医研修）3 年間の研修で育成されます.

2） 専門研修の 3 年間は，それぞれ医師に求められる基本的診療能力・態度・資質と日本内科学会が定める「内科専門研修カリキュラム」（別添）にもとづいて内科専門医に求められる知識・技能の修得目標を設定し，基本科目修了の終わりに達成度を評価します．具体的な評価方法は後の項目で示します.

3） 臨床現場での学習：日本内科学会では内科領域を 70 疾患群（経験すべき病態等を含む）に分類し，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することを定めています．日本内科学会専攻医登録評価システム（以下，「専攻医登録評価システム」）への登録と指導医の評価と承認とによって目標達成までの段階を up to date に明示することとします．各年次の到達目標は以下の基準を目安とします.

○専門研修 1 年

- 症例：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に登録することを目標とします.
- 技能：疾患の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るようにします.
- 態度：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.

○専門研修 2 年

- 疾患：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち，通算で 45 疾患群以上を（できるだけ均等に）経験し，日本内科学会専攻医登録評価システムに登録することを目標とします.
- 技能：疾患の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るようにします.
- 態度：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．

○専門研修 3 年

- 疾患：主担当医として，カリキュラムに定める全 70 疾患群，計 200 症例の経験を目標とします．但し，修了要件はカリキュラムに定める 56 疾患群，そして 160 症例以上（外来症例は 1 割まで含むことができる）とします．この経験症例内容を専攻医登録評価システムへ登録します．既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受けます．
- 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ようにします．
- 態度：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．

＜内科研修プログラムの週間スケジュール：内分泌内科の例＞

<table>
<tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th></tr>
<tr><td rowspan="2">午前</td><td rowspan="6">指定休</td><td colspan="5">受け持ち患者情報の把握
グループカンファレンス</td></tr>
<tr><td>甲状腺
細胞診</td><td rowspan="2">一般外来</td><td rowspan="2">病棟</td><td>甲状腺
細胞診</td><td rowspan="2">病棟</td></tr>
<tr><td>病棟</td><td>病棟</td></tr>
<tr><td rowspan="4">午後</td><td colspan="4">病棟</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>全体カンファレンス</td><td rowspan="2">抄読会</td><td rowspan="2">他職種カンファレンス</td><td rowspan="2">Weekly summary discussion</td></tr>
<tr><td>総回診</td></tr>
<tr><td>医局会・CC</td><td></td><td>レクチャー(月 1 回)</td><td>CPC(月 1 回)</td></tr>
<tr><td colspan="5">当直（1/週）</td></tr>
</table>

なお，専攻医登録評価システムの登録内容と適切な経験と知識の修得状況は指導医によって承認される必要があります．

【専門研修 1-3 年を通じて行う現場での経験】

① 専攻医 2 年目以降から初診を含む外来（1 回／週以上）を通算で 6 ヵ月程度行います．

② 当直を週に 1 回程度，経験します．

4） 臨床現場を離れた学習

①内科領域の救急，②最新のエビデンスや病態・治療法について専攻医対象のレクチャーやセミナーが開催されており，それを聴講し，学習します．受講歴は登録され，充足状況が把握されます．内科系学術集会，JMECC（内科救急講習会），研究会等においても計画的に参加し学習します．

5） 自己学習

研修カリキュラムにある疾患について，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を用いて自己学習します．個人の経験に応じて適宜 DVD の視聴ができるよう図書館の視聴覚室または臨床研修センターに設備を準備します．また，日本内科学会雑誌の MCQ やセルフトレーニング問題を解き，内科全領域の知識のアップデートの確認手段とします．週に 1 回，指導医との Weekly summary discussion を行い，その際，当該週の自己学習結果を指導医が評価し，研修手帳に記載します．

6） 大学院進学

大学院における臨床研究は臨床医としてのキャリアアップにも大いに有効であることから，臨床研究の期間も専攻医の研修期間として認められます．臨床系大学院へ進学しても専門医資格が取得できるプログラムも用意されています（項目８：P.8,9 を参照）．

7） Subspecialty 研修

後述する”各科重点コース”において，それぞれの専門医像に応じた研修を準備しています．Subspecialty 研修は 3 年間の内科研修期間の，2 年目の研修より入局を希望された診療科にて内科研修の中で重点的に行います．大学院進学を検討する場合につきましても，こちらのコースを参考に後述の項目８（P.11,12）を参照してください．

3. 専門医の到達目標項目 2-3）を参照[整備基準：4，5，8～11]

1） 3 年間の専攻医研修期間で，以下に示す内科専門医受験資格を完了することとします．

1） 70 に分類された各カテゴリーのうち，最低 56 のカテゴリーからそれぞれ 1 例以上を経験すること．

2） 日本内科学会専攻医登録評価システムへ症例(定められた 200 件のうち，最低 160 例)を登録し，それを指導医が確認・評価すること．

3） 登録された症例のうち，29症例を病歴要約として内科専門医制度委員会へ提出し，査読委員から合格の判定をもらうこと．

4） 技能・態度：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，および治療方針を決定する能力，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すること．

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，研修手帳を参照してください．

2） 専門知識について

日本医科大学千葉北総病院内科研修カリキュラムは循環器，神経，腎臓，消化器，内分泌・代

謝，血液，呼吸器の 7 領域から構成されています．日本医科大学千葉北総病院にはこれら 7 つの内科系診療科があります．また，救急疾患は集中治療室 (CCU) や救命救急センターによって管理されており，日本医科大学千葉北総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．これらの診療科での研修を通じて，専門知識の習得を行ないます．さらに日本医科大学付属病院や連携施設と専門研修施設群を構築することで，より総合的な研修や地域における医療体験が可能となります．患者背景の多様性に対応するため，都内または近隣の病院での研修を通じて幅広い活動を推奨しています．

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得[整備基準：13]

1) 朝カンファレンス・病棟チーム回診
朝，患者申し送りを行い，病棟チーム回診を行って指導医からフィードバックを受け，指摘された課題について学習を進めます．

2) 総回診：受持患者について教授をはじめとした指導医陣に報告してフィードバックを受けます．受持以外の症例についても見識を深めます．

3) 症例検討会：診断・治療困難例，臨床研究症例などについて専攻医が報告し，指導医からのフィードバック，質疑などを行います．

4) 診療手技セミナー：心臓エコーなどを用いて診療スキルの実践的なトレーニングを行います．

5) ＣＰＣ：死亡・剖検例，難病･稀少症例についての病理診断を検討します．

6) 合同カンファレンス：関連診療科と合同で，患者の治療方針について検討し，内科専門医のプロフェッショナリズムについても学びます．

7) 抄読会・研究報告会：受持症例等に関する論文概要を口頭説明し，意見交換を行います．研究報告会では講座で行われている研究について討論を行い，学識を深め，国際性や医師の社会的責任について学びます．

8) Weekly summary discussion：週に 1 回，指導医との面談を行い，その際，当該週の自己学習結果を指導医が評価し，研修手帳に記載します．

9) 学生・初期研修医に対する指導：病棟や外来で医学生･初期研修医を指導します．後輩を指導することは，自分の知識を整理・確認することにつながることから，当プログラムでは，専攻医の重要な取組と位置づけています．

5. 学問的姿勢[整備基準：6，30]

患者から学ぶという姿勢を基本とし，科学的な根拠に基づいた診断，治療を行います（evidence based medicine の精神）．最新の知識，技能を常にアップデートし，生涯を通して学び続ける習慣を作ります．また，日頃の診療で得た疑問や発想を科学的に追求するため，症例報告あるいは研究発表を奨励します．論文の作成は科学的思考や病態に対する深い洞察力を磨くために極めて重要なことであり，内外へ広く情報発信する姿勢も高く評価されます．実施すべき学術活動の計画としては以下のものがあります．教育活動（必須） 1）初期臨床研修医あるいは医学部学生の指導を行う． 2）後輩専攻医の指導を行う． 3）メディカルスタッフを尊重し，指導を行う． 学術活動 4）内科系の学術集会や企画に年 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ル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）クリニカルクエスチ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)

6. 医師に必要な，倫理性，社会性[整備基準：7]

医師の日々の活動や役割に関わってくる基本となる能力，資質，態度を患者への診療を通して医療現場から学びます.

日本医科大学千葉北総病院（基幹病院）において症例経験や技術習得に関して，単独で履修可能であっても，連携施設において，地域住民に密着し，病病連携や病診連携を依頼する立場を経験することにより，地域医療を実施します．そのため複数施設での研修を行うことが望ましく，全てのコースにおいてその経験を積みます．詳細は項目 8（P.8,9）を参照してください.

地域医療を経験するため，全てのプログラムにおいて上述した連携施設での研修期間を設けています．専攻医，連携施設では基幹施設で研修不十分となる領域を主として研修します．入院症例だけでなく外来での基本となる能力，知識，スキル，行動の組み合わせを研修します．なお，連携施設へのローテーションを行うことで，地域においては，人的資源の集中を避け，派遣先の医療レベル維持に貢献します.

基幹施設，連携施設を問わず，患者への診療を通して，医療現場から学ぶ姿勢の重要性を知ることができます．インフォームド・コンセントを取得する際には上級医に同伴し，接遇態度，患者への説明，予備知識の重要性などについて学習します．医療チームの重要な一員としての責務（患者の診療，カルテ記載，病状説明など）を果たし，リーダーシップをとれる能力を獲得できるようにします.

医療安全と院内感染症対策を充分に理解するため，年に 2 回以上の医療安全講習会，感染対策講習会に出席します．出席回数は常時登録記録され，未受講のものについては，オンデマンドによる受講が促されます.

7. 研修施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方[整備基準：25,26,28,29]

日本医科大学千葉北総病院（基幹施設）において症例経験や技術習得に関して，単独で履修可能であっても，地域医療を実施するため，複数施設での研修を行うことが望ましく，全てのコースにおいてその経験を求めます.

地域医療を経験するため，全てのプログラムにおいて連携施設での研修期間を設けています．連携施設へのローテーションを行うことで，人的資源の集中を避け，派遣先の医療レベル維持にも貢献できます．連携施設では基幹施設で研修不十分となる領域を主として研修します．入院症例だけでなく外来での経験を積みます.

日本医科大学千葉北総のプログラムの特徴としては，基幹施設である千葉北総病院自体が、地域の中核をなす急性期病院であるとともに，地域に根ざす地域の一線の総合病院でもあり，内科領域での多岐にわたる疾患群および地域医療，コモンディジーズの経験，慢性期医療，外来診療の経験を指導医のもとで積むことが可能です．また、連携病院各施設も地域医療の中核施設であり、充実した研修を行うことができます。

連携施設において研修中も指導の質および評価の正確さを担保するため，常に電子メールなどを通じて研修センターと連絡ができる環境を整備し，月に 1 回，指定日に指導医と面談し，プログラムの進捗状況を報告します.

8. 年次毎の研修計画[整備基準：16，25, 31]

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の 3 つの基本コース，①内科基本コース，②各科重点コース，③大学院コースを準備しています．コース選択後も条件を満たせば他のコースへの移行も認められます.

Subspecialty が未決定，または高度な総合内科専門医を目指す場合は内科基本コースを選択します．専攻医は各内科学部門ではなく，病院直属の専攻医という立場で，3 年間で各内科や内科臨床に関連ある救急部門などを 2 ヵ月毎にローテートします．将来の Subspecialty が決定している専攻医は，入学前に 2/3 以上の症例経験を有するという条件のもと各科重点コースを選択し，各科を原則として 2 ヵ月毎，3 年目（卒後 5 年目）は研修進捗状況によって適切に連携施設をローテーションします．大学院コースも入学前に2/3以上の症例経験を有するという条件のもと1年目は1カ月毎に各科をローテーションし2，3年目は適切にローテーションを組みます．社会人大学院コースは 2 年目までは 2 カ月毎に各科ローテーションし，3 年目から大学院入学しながら，連携施設を適切にローテーションするコースです．いずれのコースを選択しても遅滞なく内科専門医受験資格を得られる様に工夫されており，専攻医は卒後 5～6 年で内科専門医，その後 Subspecialty 領域の専門医取得ができます．各科重点コース及び大学院コース選択者は，入学前に担当した内科症例一覧表を作成し応募時に添付する必要があります．この一覧表を用いて，残り半年の研修で 2/3 以上の症例が経験可能であるかどうかが，日本医科大学千葉北総病院内科専門研修プログラム管理委員会にて審議されます.

① 内科基本コース（コース図 1A および 1B 参照）

内科（Generality）専門医は勿論のこと，将来，内科指導医や高度な Generalist を目指す方

も含まれます．将来の Subspecialty が未定な場合に選択することもあり得ます．内科基本コースは内科の領域を偏りなく学ぶことを目的としたコースであり，専攻医研修期間の 3 年間において内科領域を担当する全ての科をローテーションします．原則として 2 年目までは 2 ヵ月を 1 単位（膠原病および総合診療は 1 ヶ月単位）として，ローテーションします．3 年目は地域医療の経験と症例数が充足していない領域を重点的に連携施設で研修します．連携施設での研修は、上述した連携施設のいずれかを原則として 1 年間ローテーションします（複数施設での研修の場合は研修期間の合計が 1 年間となります）．研修する連携施設の選定は専攻医と担当指導医が面談の上，プログラム管理委員会で決定します． なお，内科基本コースから各科重点コースへの変更希望がある場合は，3 年目からの変更となり担当指導者は各科選出の指導医に変更され，連携施設研修先は各科とプログラム委員会で決定されます．また，臨床系大学院への進学を希望する場合は，本コースを選択の上，病歴提出に必要な症例を経験されたのちに担当大学院教授と協議して大学院入学時期（基本は 3 年目から）を決めて頂くことができます．

② 各科重点コース（コース図 2A および 2B 参照）

希望する Subspecialty 領域を重点的に研修するコースで、原則入学前に 2/3 以上の症例経験があることが条件になります．1 年目は自科で 2 ヶ月間研修後他科（場合によっては連携施設での他科研修含む）をローテーションあるいは、自科以外で 2 ヵ月間ずつ研修を行います．研修 2 年目からは，連携施設における当該 Subspecialty 科において内科研修を継続して Subspecialty 領域を重点的に研修するとともに，充足していない症例を経験します．研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，希望する Subspecialty 領域のプログラム管理委員会委員とプログラム統括責任者が協議して決定します．なお，研修中の専攻医数や進捗状況により，初年度と 2 年目においても連携施設での研修を行うことがあります．しかし，あくまでも内科専門医研修が主体であり，基幹病院で研修不十分な分野を中心に研修を行います．従って最初の 2 年間における Subspecialty 重点期間は，どの施設で研修を行っても 10 か月以内となることに，ご留意ください．また，臨床系大学院への進学を希望する場合は，本コースを選択の上，病歴提出に必要な症例を経験されたのちに担当教授と協議して大学院入学時期を決めて頂くことができます．

③ 大学院コース（コース図 3 参照）

入学前に 2/3 以上の症例経験があることが条件になります．1 年目は研修開始直後 2 か月間は大学院選択科の研修を行い，その後は基本的に 1 カ月毎に各科をローテーションします．1 年目の研修先ローテーション順は研修開始までに決定します．2 年目，3 年目は大学院選択科および関連施設での研修となります．

社会人大学院コースは，基本的に内科基本コース，各科重点コースから開始し，3 年目から社会人大学院に入学するコースです．入学までに病歴提出が必要となります．日本医科大学大学院には昼夜開講制度があり、3 年目は選択科関連の連携施設で研修になります．（症例経験数によっては 2 年目後半から選択科関連施設での研修も可能です．）

9. 専門研修の評価[整備基準：17～22]

① 形成的評価（指導医の役割）

指導医およびローテーション先の上級医は専攻医の日々のカルテ記載と，専攻医が Web 版の研修手帳に登録した当該科の症例登録を経時的に評価し，症例要約の作成についても指導します．また，技術・技能についての評価も行います．年に 1 回以上，目標の達成度や各指導医・メディカルスタッフの評価に基づき，研修責任者は専攻医の研修の進行状況の把握と評価を行い，適切な助言を行います．

プログラム管理委員会は指導医のサポートと評価プロセスの進捗状況についても追跡し，必要に応じて指導医へ連絡を取り，評価の遅延がないようにリマインドを適宜行います．

② 総括的評価

専攻医研修 3 年目の 3 月に研修手帳を通して経験症例，技術・技能の目標達成度について最終的な評価を行います．29 例の病歴要約の合格，所定の講習受講や研究発表なども判定要因になります．

最終的には指導医による総合的評価に基づいてプログラム管理委員会によってプログラムの修了判定が行われます．

専攻医の修了後に実施される内科専門医試験（毎年夏～秋頃実施）に合格して，内科専門医の資格を取得します．

③ 研修態度の評価

指導医や上級医のみでなく，メディカルスタッフ（病棟看護師長，臨床検査・放射線技師・臨床工学技士など）から，接点の多い職員 5 名程度を指名し，毎年 3 月に評価します．評価法については別途定めるものとします．

④ ベスト専攻医賞の選考

プログラム管理委員会と総括責任者は上記の評価を基にベスト専攻医賞を専攻医研修終了時に１名選出し，表彰状を授与します．

⑤ 専攻医による自己評価とプログラムの評価

日々の診療・教育的行事において指導医から受けたアドバイス・フィードバックに基づき，Weekly summary discussion を行い，研修上の問題点や悩み，研修の進め方，キャリア形成などについて考える機会を持ちます．

毎年３月に現行プログラムに関するアンケート調査を行い，専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し，次期プログラムの改訂の参考とします．アンケート用紙は別途定めます．

10. 専門研修プログラム管理委員会[整備基準：35～39]

1) 研修プログラム管理運営体制

本プログラムを履修する内科専攻医の研修について責任を持って管理するプログラム管理委員会を日本医科大学千葉北総病院に設置し，その委員長と各内科から１名ずつ管理委員を選任します．プログラム管理委員会の役割には以下のものがあります．プログラム作成と改善，CPC・JMECC 等の開催， 適切な評価の保証， プログラム修了判定 ，各施設の研修委員会への指導権限を有します．また，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．プログラム管理委員会の下部組織として，基幹病院および連携施設に専攻医の研修を管理する研修委員会を置き，委員長が統括します．

2）専攻医外来対策委員会

外来トレーニングとしてふさわしい症例（主に初診）を経験するために専攻医外来対策委員会を組織し，外来症例割当システムを構築します．未経験疾患患者の外来予定が決まったのち，スケジュール調整の上，外来にて診療します．専攻医は外来担当医の指導の下，当該症例の外来主治医となり，一定期間外来診療を担当し，研修を進めます．

11. 専攻医の就業環境（労務管理）［整備基準：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，日本医科大学千葉北総病院の「専攻医就業規則及び給与規則」に従います．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．特に精神衛生上の問題点が疑われる場合は臨床心理士によるカウンセリングを行います．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．

※ 本プログラムでは基幹施設，連携施設の所属の如何に関わらず，基幹施設である日本医科大学付属病院の統一的な就業規則と給与規則で統一化していますが，このケースが標準系ということではありません．個々の連携施設において事情は様々ですが，専攻医に配慮のある明確な諸規則を用意いたします．

12. 専門研修プログラムの改善方法 ［整備基準：49～51］

3 ヵ月毎に研修プログラム管理委員会を日本医科大学千葉北総病院にて開催し，プログラムが遅滞なく遂行されているかを全ての専攻医について評価し，問題点を明らかにします．また，各指導医と専攻医の双方からの意見を聴取して適宜プログラムに反映させます．また，研修プロセスの進行具合や各方面からの意見を基に，プログラム管理委員会は毎年，次年度のプログラム全体を見直すこととします．

専門医機構によるサイトビジット（ピアレビュー）に対してはプログラム管理委員会が真摯に対応し，専門医の育成プロセスの制度設計と専門医の育成が保証されているかのチェックを受け，プログラムの改善に繋げます．

13. 修了判定 ［整備基準：21，53］

日本内科学会専攻医登録評価システム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） 修了判定には，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，登録しなければなりません．

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
4） JMECC 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，医師としての適性に疑問がないこと.

14. 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：21，22]

専攻医は修了判定に必要な書類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.

15. 研修プログラムの施設群 ［整備基準：23～27］

日本医科大学千葉北総病院が基幹施設となり，日本医科大学付属病院（東京都文京区）および下記施設と専門研修施設群を構築することで，より総合的な研修や地域における医療体験が可能となります.

連携施設：日本医科大学付属病院，日本医科大学武蔵小杉病院，日本医科大学多摩永山病院，博慈会記念総合病院，同愛記念病院，聖隷佐倉市民病院，塩田病院，成田赤十字病院，寿泉堂綜合病院，埼玉県立がんセンター，がん研究会有明病院，三井記念病院，東京山手メディカルセンター，ＮＴＴ東日本関東病院，東京労災病院，東京都立広尾病院，東京臨海病院，東京都立多摩北部医療センター，複十字病院，新百合ヶ丘総合病院，朝日生命成人病研究所附属医院，町立八丈病院，金地病院，横須賀市立総合医療センター，静岡医療センター，沖縄県立北部病院，日本赤十字社医療センター，東邦大学医療センター佐倉病院，帝京大学ちば総合医療センター

16. 専攻医の受入数

日本医科大学千葉病院における専攻医の上限（学年分）は 12 名です.

1） 日本医科大学千葉北総病院に卒後 3 年目で内科系講座に入局した後期研修医は過去 3 年間併せて 5 名で 1 学年約 2 名の実績があります.
2） 剖検体数は 2024 年度 6 体です.
3） 経験すべき症例数の充足について

表．日本医科大学千葉北総病院診療科別診療実績(2026 年)

2024 年実績	入院患者実数 （人/年）	外来延患者数 （延人数/年）
循環器内科	20,170	24,900
腎臓内科	3,656	6,202

脳神経内科	6,127	10,151
消化器内科	15,620	23,895
糖尿病・内分泌代謝内科	3,880	10,844
血液内科	7,301	6,581
呼吸器内科	12,749	11,647

上記表の入院患者について DPC 病名を基本とした各診療科における疾患群別の入院患者数と外来患者疾患を分析したところ，全 70 疾患群のうち，全てにおいて充足可能でした.

17. Subspecialty 領域

内科専攻医になる時点で将来目指す Subspecialty 領域が決定していれば，各科重点コースを選択することになります．内科基本コースを選択していても，条件を満たせば各科重点コースに移行することも可能です．内科専門医研修修了後，各領域の専門医（例えば循環器専門医）を目指します.

18. 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：33]

1) 出産，育児によって連続して研修を休止できる期間を 6 カ月とし，研修期間内の調整で不足分を補うこととします．6か月以上の休止の場合は，未修了とみなし，不足分を予定修了日以降に補うこととします．また，疾病による場合も同じ扱いとします.

2) 研修中に居住地の移動，その他の事情により，研修開始施設での研修続行が困難になった場合は，移動先の基幹研修施設において研修を続行できます．その際，移動前と移動先の両プログラム管理委員会が協議して調整されたプログラムを摘要します．この一連の経緯は専門医機構の研修委員会の承認を受ける必要があります.

19. 専門研修指導医[整備基準：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) 過去 5 年間に(内科学会に限らず)内科の臨床研究に関する業績発表 3 篇を有する者。

(ア) 発表は、内科医を対象とした公開の学術的集会（研究会レベルの集会は認められない）でなされたもので、共同研究者でもよい。

(イ) 論文は、内科医を対象とした学術的雑誌（定期刊行物）に掲載されたもので、共著者でもよい。

(2) 初期研修期間も含め内科臨床歴 7 年(8 年目)以上の者。

以上と合わせ、下記のいずれかの条件を満たすこと。

1. 総合内科専門医を取得していること。
2. 認定内科医を取得しており、現行の認定医制度での内科指導医の要件 (現行の認定医制度で内科

指導医として依頼を受けた経歴のある方、またはその条件を満たす) を満たしていること (2025 年まで)

※指導医は，指導法の標準化のため内科指導医マニュアル・手引きにより学習します．また，厚生労働省や日本内科学会の指導医講習会の受講が望まれます．　専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価は日本内科学会専攻医登録評価システムを用いて無記名式逆評価を行います．この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てます.

20.　専門研修実績記録システム，マニュアル等[整備基準：41～48]

専門研修は別添の専攻医研修マニュアルにもとづいて行われます．専攻医は別添の専攻医研修実績記録に研修実績を記載し，指導医より評価表による評価およびフィードバックを受けます．総括的評価は臨床検査専門医研修カリキュラムに則り，少なくとも年 1 回行います.

21.　研修に対するサイトビジット（訪問調査）[整備基準：51]

研修プログラムに対して日本専門医機構からのサイトビジットがあります．サイトビジットにおいては研修指導体制や研修内容について調査が行われます．その評価はプログラム管理委員会に伝えられ，必要な場合は研修プログラムの改良を行います.

22.　専攻医の採用と修了[整備基準：52，53]

1)　採用方法

日本医科大学千葉北総病院内科専門研修プログラム管理委員会は，毎年 4 月から専攻医の応募を受付けます．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『日本医科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)日本医科大学千葉北総病院ホームページ内の website （ https://www.nms.ac.jp/hokuso-h/info/recruit/resident.html）よりダウンロードにて入手可能です．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日本医科大学千葉北総病院内科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，各年度の 4 月 1 日までに以下の専攻医氏名報告書を，日本医科大学付属病院内科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.

- 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
- 専攻医の履歴書
- 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に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.

日本医科大学千葉北総病院内科専攻医研修マニュアル

1. 研修後の医師像と終了後に想定される勤務形態や勤務先

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実践します．地域の医院に勤務（開業）し，実地医家として地域医療に貢献します．

2） 内科系救急医療の専門医：病院の救急医療を担当する診療科に所属し，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します．

3） 総合病院での総合内科（Generality）の専門医：総合病院の総合内科に所属し，内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち，総合的医療を実践します．

4） 総合内科的視点を持った subspecialist：総合病院で内科系の Subspecialty，例えば消化器内科や循環器内科に所属し，総合内科（Generalist）の視点から，内科系 subspecialist として診療を実践します．

2. 専門研修の期間

内科専門医は 2 年間の初期臨床研修後に設けられた専門研修（後期研修）3 年間の研修で育成されます．

3. 研修施設群の各施設名

基幹病院：日本医科大学千葉北総病院

連携施設：日本医科大学付属病院，日本医科大学武蔵小杉病院，日本医科大学多摩永山病院，博慈会記念総合病院，同愛記念病院，聖隷佐倉市民病院，塩田病院，成田赤十字病院，寿泉堂綜合病院，埼玉県立がんセンター，がん研究会有明病院，三井記念病院，東京山手メディカルセンター，ＮＴＴ東日本関東病院，東京労災病院，東京都立広尾病院，東京臨海病院，東京都立多摩北部医療センター，複十字病院，新百合ヶ丘総合病院，朝日生命成人病研究所附属医院，町立八丈病院，金地病院，横須賀市立総合医療センター，静岡医療センター，沖縄県立北部病院，日本赤十字社医療センター，東邦大学医療センター佐倉病院，帝京大学ちば総合医療センター

4. プログラムに関わる委員会と委員，および指導医名

1） 研修プログラム管理運営体制

本プログラムを履修する内科専攻医の研修について責任を持って管理する研修プログラム管理委員会を日本医科大学千葉北総病院に設置し，その委員長と各内科から 1 名ずつ管理委員を選任します．

研修プログラム管理委員会の下部組織として，基幹病院および連携施設に専攻医の研修を管理する内科研修管理委員会を置き，委員長が統括します．

2） 指導医一覧

別途用意します．

5. 各施設での研修内容と期間

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の 3 つの基本コース，①内科基本コース，②各科重点コース，③大学院コース，を準備しています．

Subspecialty が未決定，または総合内科専門医を目指す場合は内科基本コースを選択します．専攻医は各内科学部門ではなく，日本医科大学千葉北総病院の研修プログラム管理委員会に所属し，2 年間で各内科や内科臨床に関連ある総合診療部門などを 2 ヵ月毎にローテートします．その後，1 年間は連携施設等において研修を行います．将来の Subspecialty が決定している専攻医は各科重点コースを選択し，1年目の初めの４ヶ月を専門の科で研修を行ったのち，他の各科を原則として 2 ヵ月毎，研修進捗状況によっては予備期間に再度ローテーションします．3 年間のうちの１年間は連携施設などで研修を行います．

基幹施設である日本医科大学千葉北総病院での研修が中心になりますが，連携施設での研修は必須であり，原則 1 年間はいずれかの連携施設で研修します．連携施設では基幹病院では経験しにくい領域や地域医療の実際について学ぶことができます．

大学院コースを選択する場合には入学前に 2/3 以上の症例の経験が必要となります．初めの１年間に基幹病院にて全科をローテーションし，２年目に連携施設などで研修を行います．大学院入学は 2 年目以降となり，自科および連携施設などでの内科研修しながら，研究を行います．大学院に途中から入学する社会人大学院コースも設けています．

いずれのコースを選択した場合でも，途中で変更することができ，可能な限り柔軟に対応します．

6. 主要な疾患の年間診療件数

内科専門医研修カリキュラムに掲載されている主要な疾患については，日本医科大学千葉北総病院（基幹病院）の DPC 病名を基本とした各内科診療科における疾患群別の入院患者数（H30 年度）を調査し，ほぼ全ての疾患群が充足されることが解っています（10 の疾患群は外来での経験を含めるものとします）．ただし，研修期間内に全疾患群の経験ができるように誘導する仕組みも必要であり，初期研修時での症例をもれなく登録すること，外来での疾患頻度が高い疾患群を上級医とともに診療できるシステムを各施設に構築することで必要な症例経験を積むことができます．

7. 年次ごとの症例経験到達目標を達成するための具体的な研修の目安

1） 内科基本コース（別紙１A、1B）

高度な総合内科（Generality）の専門医を目指す場合や，将来の Subspecialty が未定な場合に選択します．内科基本コースは内科の領域を偏りなく学ぶことを目的としたコースであり，後期研修期間の 3 年間において内科領域を担当する全ての科をローテーションします．原則として２ヵ月を１単位として，初めの 16 か月間で全８内科をローテーションします．膠原病と総合診療科は 1 か月ずつで 1 単位とします．総合診療ローテーション時にプライマリケア当直研修を行います．その後の 8 か月間は予備期間とし，研修が不足した科を再度ローテーションすることができます．3 年目は地域医療などを重点的に連携施設で研修します．研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，研修プログラム管理委員会で決定します．

2） 各科重点コース（別紙２A、2B）

希望する Subspecialty 領域を重点的に研修するコースです．研修開始直後の４か月間は希望する Subspecialty 領域にて初期トレーニングを行います．この期間，専攻医は将来希望する内

科において理想的医師像とする指導医や上級医師から，内科医としての基本姿勢のみならず，目指す領域での知識，技術を学習することにより，内科専門医取得への Motivation を強化することができます．その後，2 ヵ月間を基本として他科をローテーションします．研修 3 年目には原則 1 年間，連携施設における当該 Subspecialty 科において内科研修を継続し，Subspecialty 領域を重点的に研修するとともに，充足していない症例を経験します．研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，希望する Subspecialty 領域の責任者と研修プログラム管理委員会が協議して決定します．

3) 大学院コース（別紙 3）

専門医資格の取得と臨床系大学院への進学を希望する場合は，本コースを選択の上，担当教授と協議して大学院入学時期を決定します．ただし，入学前に2/3以上の症例経験があることが条件になります．1年目は研修開始直後2か月間は大学院選択科の研修を行い，その後は基本的に1カ月毎に各科をローテーションします．1年目の研修先ローテーション順は研修開始までに決定します．2年目，3年目は大学院選択科および関連施設での研修となります．

社会人大学院コースについては，基本的に内科基本コース，各科重点コースから開始し，3年目から社会人大学院に入学するコースです．入学までに病歴提出が必要となります．日本医科大学大学院には昼夜開講制度があり，3年目は選択科関連の連携施設で研修になります．（症例経験数によっては2年目後半から選択科関連施設での研修も可能です．）

8. 自己評価と指導医評価，ならびに 360 度評価を行う時期とフィードバックの時期

1) 専攻医による自己評価とプログラムの評価

日々の診療・教育的行事において指導医から受けたアドバイス・フィードバックに基づき，Weekly summary discussion を行い，研修上の問題点や悩み，研修の進め方，キャリア形成などについて考える機会を持ちます．

毎年3月に現行プログラムに関するアンケート調査を行い，専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し，次期プログラムの改訂の参考とします．アンケート用紙は別途定めます．

2) 指導医による評価と 360 度評価

指導医およびローテーション先の上級医は専攻医の日々のカルテ記載と，専攻医が Web 版の研修手帳に登録した当該科の症例登録を経時的に評価し，症例要約の作成についても指導します．また，技術・技能についての評価も行います．年に 1 回以上，目標の達成度や各指導医・メディカルスタッフの評価に基づき，研修責任者は専攻医の研修の進行状況の把握と評価を行い，適切な助言を行います．毎年，指導医とメディカルスタッフによる複数回の 360 度評価を行い，態度の評価が行われます．

9. プログラム修了の基準

専攻医研修 3 年目の 3 月に研修手帳を通して経験症例，技術・技能の目標達成度について最終的な評価を行います．29 例の病歴要約の合格，所定の講習受講や研究発表なども判定要因になります．

最終的には指導医による総合的評価に基づいて研修プログラム管理委員会によってプログラムの修了判定が行われます．

10. 専門医申請に向けての手順

日本内科学会専攻医登録評価システムを用います．同システムでは以下を web ベースで日時を含めて記録します．具体的な入力手順については内科学会 HP から”専攻研修のための手引き”をダウンロードし，参照してください．

- 専攻医は全 70 疾患群の経験と 200 症例以上を主担当医として経験することを目標に，通算で最低 56 疾患群以上 160 症例の研修内容を登録します．指導医はその内容を評価し，合格基準に達したと判断した場合に承認を行います．
- 指導医による専攻医の評価，メディカルスタッフによる 360 度評価，専攻医による逆評価を入力して記録します．
- 全 29 症例の病歴要約を指導医が校閲後に登録し，専門研修施設群とは別の日本内科学会病歴要約評価ボードによる査読を受け，指摘事項に基づいた改訂を受理されるまでシステム上で行います．
- 専攻医は学会発表や論文発表の記録をシステム上に登録します．
- 専攻医は各専門研修プログラムで出席を求められる講習会等（例：CPC，地域連携カンファレンス，医療倫理・医療安全・感染対策講習会）の出席をシステム上に登録します．

11. プログラムにおける待遇

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，労働基準法を順守し，日本医科大学千葉北総病院の専攻医就業規則及び給与規則に従います．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管理委員会と衛生委員会で管理します．特に精神衛生上の問題点が疑われる場合は臨床心理士や精神科医によるカウンセリングを行います．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ます．研修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．

12. プログラムの特色

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の 3 つの基本コース，①内科基本コース，②各科重点コース，③大学院コース，を準備していることが最大の特徴です．また，コース選択後も条件を満たせば他のコースへの移行も認められています．また，外来トレーニングとしてふさわしい症例を経験するために、各施設に初診も含めた外来を上級医とともに担当するようなシステムがあり，専攻医は外来担当医の指導の下に当該症例の外来主治医となり，一定期間外来診療を担当し，研修を進めることができます．

13. 継続した Subspecialty 領域の研修の可否

内科学における 8 つの Subspecialty 領域を順次研修します．基本領域の到達基準を満たすことができる場合には，専攻医の希望や研修の環境に応じて，3 年目に各 Subspecialty 領域に重点を置いた専門研修を行うことが可能です（各科重点コース参照）．本プログラム終了後はそれぞれの医師が研修を通じて定めた進路に進むために適切なアドバイスやサポートを行います．

14. 逆評価の方法とプログラム改良姿勢

毎年 3 月に現行プログラムに関するアンケート調査を行い，専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し，次期プログラムの改訂の参考とします．アンケート用紙は別途定めます．

15.　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な場合は，日本専門医機構内科領域研修委員会に相談します．

整備基準 45 に対応

日本医科大学内科専門研修プログラム
指導医マニュアル

1）専攻医研修ガイドの記載内容に対応したプログラムにおいて期待される指導医の役割

- 1 人の担当指導医（メンター）に専攻医 1 人がプログラム管理委員会により決定されます.
- 担当指導医は，専攻医が web にて日本内科学会専攻医登録評価システムにその研修内容を登録するので，その履修状況の確認をシステム上で行ってフィードバックの後にシステム上で承認をします．この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行います.
- 担当指導医は，専攻医がそれぞれの年次で登録した疾患群，症例の内容について，都度，評価・承認します.
- 担当指導医は専攻医と十分なコミュニケーションを取り，研修手帳 Web 版での専攻医による症例登録の評価やプログラム管理委員会からの報告などにより研修の進捗状況を把握します．専攻医は Subspecialty の上級医と面談し，専攻医が経験すべき症例について報告・相談します．担当指導医と Subspecialty の上級医は，専攻医が充足していないカテゴリー内の疾患を可能な範囲で経験できるよう，主担当医の割り振りを調整します.
- 担当指導医は Subspecialty 上級医と協議し，知識，技能の評価を行います.
- 担当指導医は専攻医が専門研修（専攻医）2 年修了時までに合計 29 症例の病歴要約を作成することを促進し，内科専門医ボードによる査読・評価で受理（アクセプト）されるように病歴要約について確認し，形成的な指導を行います.

2）専門研修プログラムにおける年次到達目標と評価方法，ならびにフィードバックの方法と時期

- 年次到達目標は，内科専門研修において求められる「疾患群」，「症例数」，「病歴提出数」に示すとおりです.
- 担当指導医は，プログラム管理委員会と協働して，3 か月ごとに研修手帳 Web 版にて専攻医の研修実績と到達度を適宜追跡し，専攻医による研修手帳 Web 版への記入を促します．また，各カテゴリー内の研修実績と到達度が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促します.
- 担当指導医は，プログラム管理委員会と協働して，6か月ごとに病歴要約作成状況を適宜追跡し，専攻医による病歴要約の作成を促します．また，各カテゴリー内の病歴要約が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促します.
- 担当指導医は，プログラム管理委員会と協働して，6か月ごとにプログラムに定められている所定の学術活動の記録と各種講習会出席を追跡します.
- 担当指導医は，プログラム管理委員会と協働して，毎年8月と2月とに自己評価と指導医評価，ならびに 360 度評価を行います．評価終了後，1 か月以内に担当指導医は専攻医にフィードバックを行い，形成的に指導します．2回目以降は，以前の評価についての省察と改善とが図られたか否かを含めて，担当指導医はフィードバックを形成的に行って，改善を促します.

3）個別の症例経験に対する評価方法と評価基準.

- 担当指導医は Subspecialty の上級医と十分なコミュニケーションを取り，研修手帳 Web 版での専攻医による症例登録の評価を行います.
- 研修手帳 Web 版での専攻医による症例登録に基づいて，当該患者の電子カルテの記載，退院サ

マリ作成の内容などを吟味し，主担当医として適切な診療を行っていると第三者が認めうると判断する場合に合格とし，担当指導医が承認を行います.

- 主担当医として適切に診療を行っていると認められない場合には不合格として，担当指導医は専攻医に研修手帳 Web 版での当該症例登録の削除，修正などを指導します.

4）日本内科学会専攻医登録評価システムの利用方法

- 専攻医による症例登録と担当指導医が合格とした際に承認します.
- 担当指導医による専攻医の評価，メディカルスタッフによる 360 度評価および専攻医による逆評価などを専攻医に対する形成的フィードバックに用います.
- 専攻医が作成し，担当指導医が校閲し適切と認めた病歴要約全 29 症例を専攻医が登録したものを担当指導医が承認します.
- 専門研修施設群とは別の日本内科学会病歴要約評価ボードによる査読を受け，指摘事項に基づいた改訂を専攻医が受理されるまでの状況を確認します.
- 専攻医が登録した学会発表や論文発表の記録，出席を求められる講習会等の記録について，各専攻医の進捗状況をリアルタイムで把握します．担当指導医とプログラム管理委員会はその進捗状況を把握して年次ごとの到達目標に達しているか否かを判断します.
- 担当指導医は，日本内科学会専攻医登録評価システムを用いて研修内容を評価し，修了要件を満たしているかを判断します.

5）逆評価と日本内科学会専攻医登録評価システムを用いた指導医の指導状況把握

専攻医による日本内科学会専攻医登録評価システムを用いた無記名式逆評価の集計結果を，担当指導医，プログラム管理委員会が閲覧します．集計結果に基づき，日本医科大学千葉北総病院内科専門研修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てます.

6）指導に難渋する専攻医の扱い

必要に応じて，臨時（毎年 8 月と 2 月とに予定の他に）で，日本内科学会専攻医登録評価システムを用いて専攻医自身の自己評価，担当指導医による内科専攻医評価およびメディカルスタッフによる 360 度評価（内科専門研修評価）を行い，その結果を基に日本医科大学千葉北総病院内科専門研修プログラム管理委員会で協議を行い，専攻医に対して形成的に適切な対応を試みます．状況によっては，担当指導医の変更や在籍する専門研修プログラムの異動勧告などを行います.

7）プログラムならびに各施設における指導医の待遇

日本医科大学，連携施設給与規定によります.

8）FD 講習の出席義務

厚生労働省や日本内科学会の指導医講習会の受講を推奨します．指導者研修（FD）の実施記録として，日本内科学会専攻医登録評価システムを用います.

9）日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」の活用

内科専攻医の指導にあたり，指導法の標準化のため，日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」を熟読し，形成的に指導します.

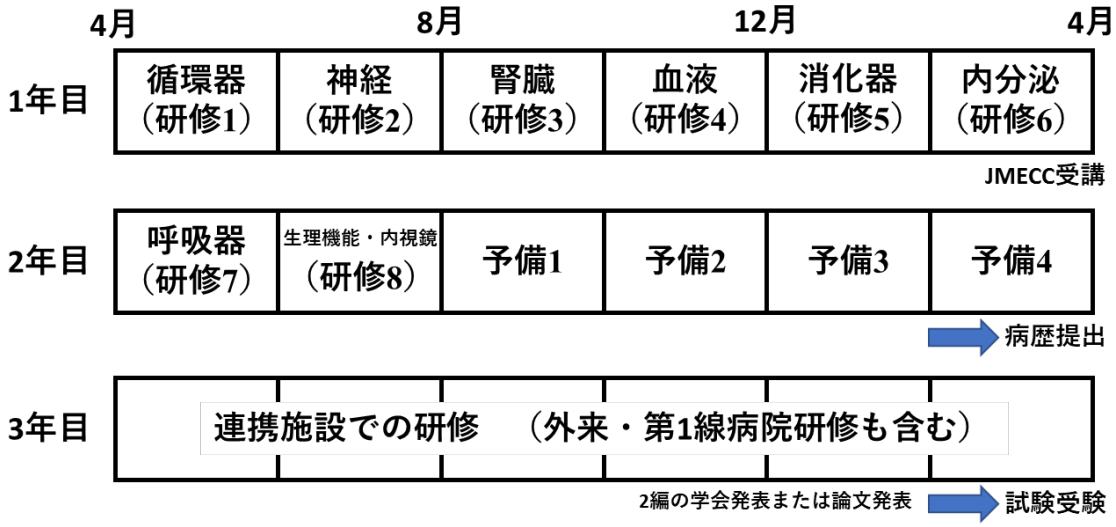
10）研修施設群内で何らかの問題が発生し，施設群内で解決が困難な場合の相談先

日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とします.

11）その他

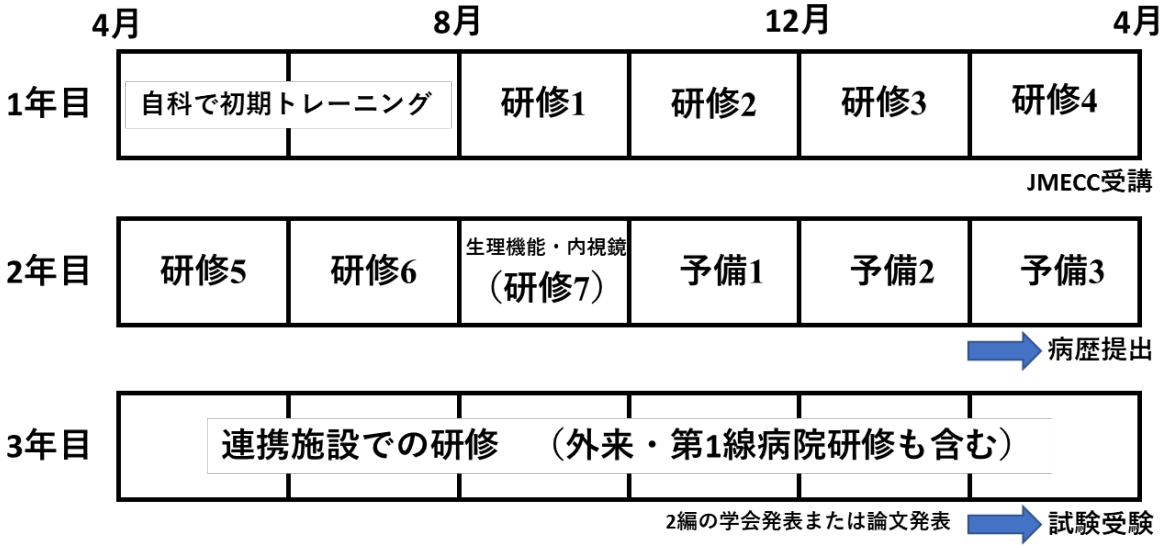
特になし.

1A. 内科基本コース



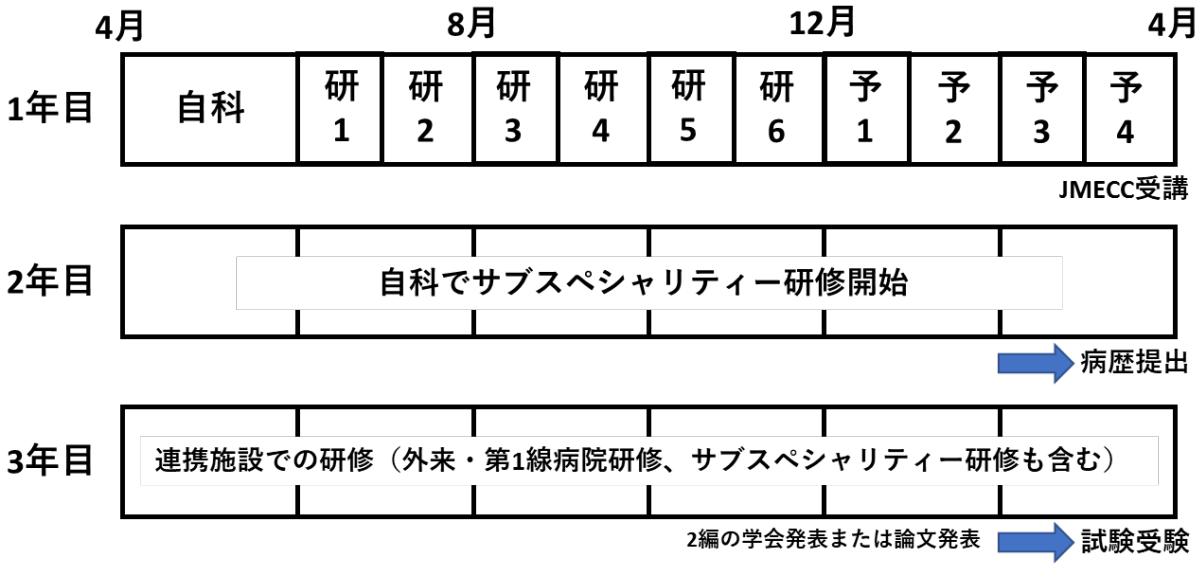
生理機能及び内視鏡は希望者のみ．上部消化管内視鏡検査及び心臓・腹部超音波検査の基礎を学ぶ．予備 1 までのローテーション順を研修開始までに決定．研修 8-予備 1 終了までに予備 2-4 を決定．プログラム管理委員会で分担して個別に担当指導者を決める．連携施設研修先はプログラム管理委員会で検討．２年終了時に各科重点コースへの変更も可．全ての科で月平均 4 回程度の当直あり．年 2 回の安全管理セミナー・感染セミナー受講，ＣＰＣの受講.

1B. 内科基本コース



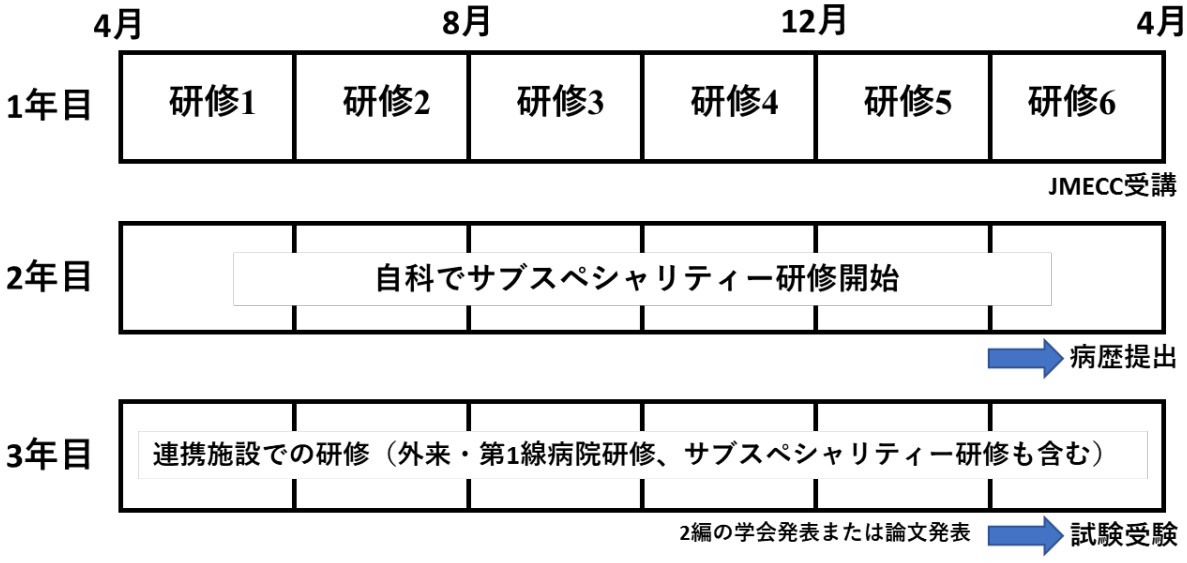
最初の 4 か月間を自科で研修後，他の診療科を 2 ヵ月ずつ研修．生理機能及び内視鏡は希望者のみ．上部消化管内視鏡検査及び心臓・腹部超音波検査の基礎を学ぶ. 研修 7 までのローテーション順（２ヶ月ごと）は研修開始までに決定．研修 5-7 終了までに予備 1-3 について決定．各科指導医の中から担当指導者を選出．連携施設研修先は各科とプログラム委員会で検討．全ての科で月平均 4 回程度の当直あり．年 2 回の安全管理セミナー・感染セミナー受講、ＣＰＣの受講.

2A. 各科重点コース



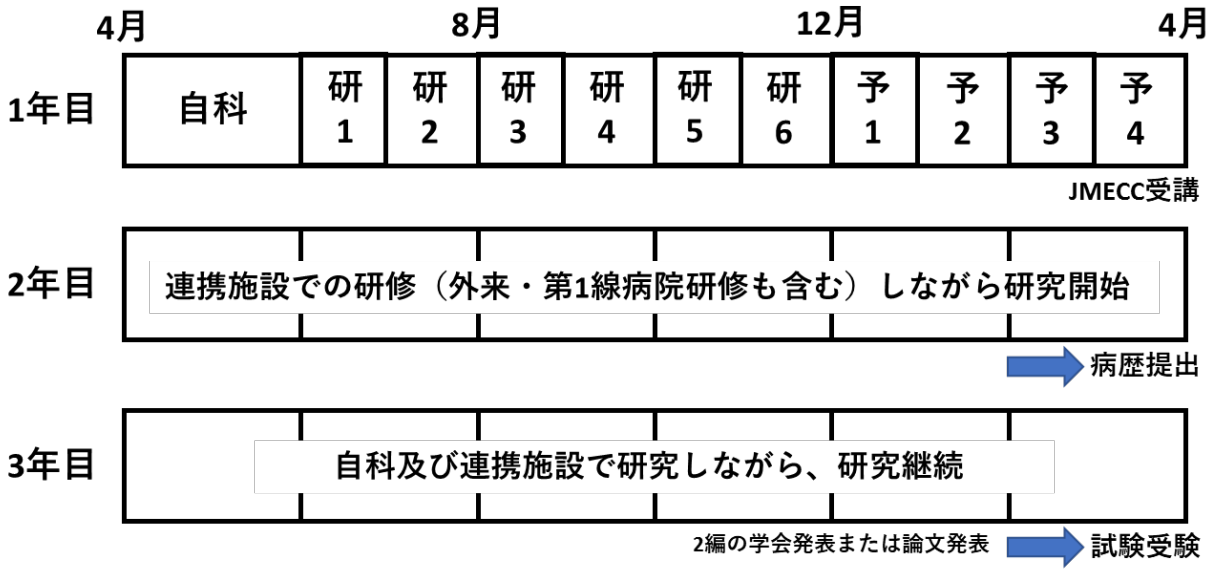
研修開始前に 2/3 以上の症例経験が条件．１年目の最初の２ヵ月は自科にて研修. 残りの 10 か月間を１ヵ月ずつ各診療科にて研修．２年目よりサブスペシャリティーの研修を開始する。研修 6 までのローテーション順は研修開始までに決定．研修 5-7 終了までに予備 1-4 について決定．全ての科で月平均 4 回程度の当直あり．年 2 回の安全管理セミナー・感染セミナー受講，ＣＰＣの受講.

2B. 各科重点コース



研修開始前に 2/3 以上の症例経験が条件．１年目は自科以外の科にて２ヵ月ずつ研修．２年目よりサブスペシャリティーの研修を開始する。研修 6 までのローテーション順は研修開始までに決定．全ての科で月平均 4 回程度の当直あり．年 2 回の安全管理セミナー・感染セミナー受講，ＣＰＣの受講.

3. 大学院コース



研修開始前に 2/3 以上の症例経験が条件．１年目の最初の２ヵ月は自科にて研修. 残りの 10 か月間を１ヵ月ずつ各診療科にて研修．２年目より自科あるいは連携施設で研修を行いながら研究を開始する。研修 6 までのローテーション順は研修開始までに決定．研修 5-7 終了までに予備 1-4 について決定．全ての科で月平均 4 回程度の当直あり．年 2 回の安全管理セミナー・感染セミナー受講，ＣＰＣの受講.