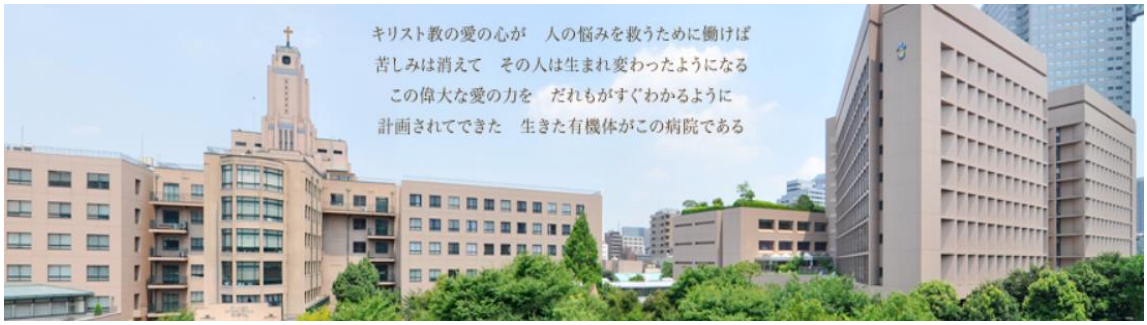
聖路加国際病院
内科専門研修プログラム



聖路加国際病院の理念

This hospital is a living organism
designed to demonstrate
in convincing terms
the transmuting power of Christian love
when applied
in relief of human suffering.
Rudolf B. Teusler(1933)

2026 年 4 月 1 日

目次

１．　専門研修の理念・使命・特性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３

２．　専門研修の目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５

３．　専門研修の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

４．　専門研修の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０

５．　専門研修施設とプログラムの認定基準・・・・・・・・・・・・・１１

６．　専門研修プログラムを支える体制・・・・・・・・・・・・・・・１７

７．　専門研修実績記録システム、マニュアル・・・・・・・・・・・・１９
専攻医マニュアル（別紙）
指導医マニュアル（別紙）

８．　専門研修プログラムの評価と改善・・・・・・・・・・・・・・・２０

９．　専攻医の採用と修了・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２０

1．専門研修の理念・使命・特性

理念・使命【整備基準 1】【整備基準 2】

本プログラムは、基幹施設の聖路加国際病院と 14 の連携施設・特別連携施設により構成された専門研修施設群において、一貫した研修理念・基本方針に基づいた内科専攻医教育を行います。その理念、および研修の基本方針は以下の通りです。

臨床研修の理念

将来専門とする分野に拘わらず、幅広い病態・疾患に対応できる総合的な医学知識・技量を基盤に、キリストの 愛の心をもって患者・家族の価値観に配慮した質の高い医療をチームの一員として実践できる能力を身につける。

研修の基本方針

1. 患者・家族の考えや価値観に配慮し、「患者との協働医療」を実践する。
2. 多職種によるチーム医療を担い、必要時にはリーダーシップを発揮できる。
3. 最新・最適な医療知識・技量を踏まえ、「根拠に基づいた医療」を実践する。
4. 臨床研究の遂行に必要な基本知識・手順を身につける。
5. 地域医療、災害医療などの公衆衛生・社会的枠組みにおける医療の意義を理解するとともに、国際的視野を持った診療を身につける。
6. 幅広い素養と感性を身につけるべく、不断の努力を怠らない。

特性

１）基幹施設の聖路加国際病院では、混合病棟研修と各専門科研修を計 2 年間行います。

① 聖路加の内科混合病棟では、専攻医修了後の各専門科研修での飛躍を可能にする圧倒的な土壌づくりを行います。病棟は初期研修医 2-4 人と専攻医 1，2 人のチームにより構成され、専攻医が病棟長として約 30 人の入院患者の現場責任者となります。内科各専門科のフェローやスタッフは、毎日の回診、カンファレンスで病棟医、病棟長と密に連絡を取りながら病棟運営を行います。病棟長は病棟医への教育、指導を行うと共に、各科・各部署との連携、調整、交渉など社会的対応も必要となります。病棟では指導医による管理のもと、全内科疾患の標準化医療と集学的医療を経験します。専攻医は病棟医(3〜4 名)のチームリーダーとして病棟長を務め、入院患者のさまざまな

プロブレムに対応する能力を身に付けます。病棟長研修は主に専攻医 1 年目に行います。

② 専攻医 3 年目には 13 の専門科のローテーションから選択して専門科研修を行います。外来診療でしか経験できない内科疾患を含め、専門的な知識と技量を学びます。自由選択・連携(特別)施設での研修を含めて subspecialty 専門研修を行うことができ、連動研修に対応しています。

2）専攻医は各種カンファレンスを通じて教育を受けるとともに、研修医への指導教育を通じて、自身の診療能力を高めます。毎年 3 年目以上の専攻医から 3 名がチーフレジデントとして選任され、内科全体の病棟チーム管理、組織運営の研修を行います。

表　基幹施設における内科混合病棟の週間スケジュール

<table>
<tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th><th>日</th></tr>
<tr><td>8 時</td><td colspan="5">内科朝会 8:00-8:15（症例発表，レクチャー含む）</td><td></td><td rowspan="4">休み</td></tr>
<tr><td>午前中</td><td rowspan="3">病棟業務</td><td>病棟
業務</td><td rowspan="3">病棟
業務</td><td>病棟
業務</td><td rowspan="3">病棟
業務</td><td>病棟当
番</td></tr>
<tr><td>昼</td><td>レクチャー
(12:30-13:00)</td><td>カンファレンス
(症例共有)
(12:30-13:00)</td><td>休み</td></tr>
<tr><td>午後</td><td>病棟
業務</td><td>病棟
業務</td></tr>
<tr><td>17 時</td><td></td><td>CPC
(月 1 回)</td><td></td><td>感染症
プレート
conference
(月 1 回)</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

3）連携施設・特別連携施設では、基幹施設で経験できない以下の内科領域の研修を計 1 年間行います。

① 地域医療研修では大都市圏にない環境の中で、急性期だけでなく予防や療養まで一貫した包括的、継続的な地域医療を経験します。具体的には総合内科研修（諏訪中央病院、手稲渓仁会病院、東京ベイ医療センター、亀田総合病院、沖縄県立中部病院な

ど)、ホスピタリスト研修（魚沼基幹病院など)、家庭医療研修（手稲家庭医療クリニック、河北総合病院、河北ファミリークリニック南阿佐ヶ谷など）から選択して研修を行います。

② Subspecialty 研修では将来の専門性につなげるために集中治療研修（自治医大さいたま医療センターICU)、がん専門研修（国立がん研究センター中央病院)、循環器専門研修（国立循環器病研究センター)、各診療科の高度な専門医療（旭中央病院、太田記念病院、沖縄県立中部病院、亀田総合病院、湘南鎌倉総合病院、聖隷浜松病院、近森病院、東京ベイ医療センター、虎の門病院分院など）が選択できます。

表　基幹施設の聖路加国際病院と連携施設・特別連携施設

	病院	病床数	内科系病棟数	内科系診療科数	内科指導医数	総合内科指導医数	剖検数
基幹施設	**聖路加国際病院**	520	160	12	48	32	9
連携施設	**旭中央病院**	989	310	12	28	24	61
連携施設	**魚沼基幹病院**	454	107	7	7	11	3
連携施設	**太田記念病院**	404	120	7	11	8	2
連携施設	**沖縄県立中部病院**	559	201	10	24	20	6
連携施設	**亀田総合病院**	520	160	11	48	32	9
連携施設	**河北総合病院**	353	203	13	28	24	3
連携施設	**河北ファミリークリニック南阿佐ヶ谷**	0	0	1	6	3	0
連携施設	**国立がん研究センター中央病院**	578	358	14	32	45	11
連携施設	**国立循環器病研究センター**	525	279	11	72	50	10
連携施設	**自治医大さいたま医療センター**	628	222	15	37	64	14
連携施設	**湘南鎌倉総合病院**	669	321	15	44	33	13
連携施設	**諏訪中央病院**	360	230	14	12	10	5
連携施設	**聖隷浜松病院**	750	345	9	19	30	6
連携施設	**近森病院**	489	250	13	29	24	10
連携施設	**手稲渓仁会病院**	660	270	8	28	24	7

	（家庭医療クリニック）						
連携施設	東京ベイ医療センター	344	154	9	16	7	4
連携施設	虎ノ門病院分院	300	193	8	18	17	5
研修施設合計		9102	3883	189	507	458	178

２．専門研修の目標

１）専門研修後の成果（Outcome）【整備基準 3】

本プログラムでは、以下の医師像を目指します。

（１）総合内科的視点を持った専門医（subspecialist）：各診療科での研修を通じ、複雑な病態の中でも、特定の専門領域からみた全人的・臓器横断的な診断・治療を行うことができる。

（２）病院での総合内科専門医(generalist)：混合病棟研修を通じて、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・治療を行うことができる。

（３）地域医療におけるかかりつけ医（primary care provider）：内科慢性疾患の診療において、生活指導まで視野に入れた良質な健康管理・予防医学と終末期医療に至るまでの診療を実践することができる。

（４）臨床的疑問を追及する研究者(researcher)と教育者(educator)：研修中に見つけたクリニカルクエスチョンに対し自ら最新の知識を獲得し、臨床研究を行うことができる。また、自ら得た知識や技量を整理し、初期研修医や同僚に適切な教育を行うことができる。

２）到達目標【整備基準 4】

（１）専門知識

内科専門知識の分野は、総合診療科，消化器，循環器，内分泌代謝，腎臓，呼吸器，血液，神経，アレルギー・膠原病，感染症，腫瘍内科、心療内科、緩和ケアの 13 領域で構成されます。研修カリキュラムには、これらの分野に解剖と機能、病態生理、身体診察、専門的検査、治療法、疾患などの目標（到達レベル）があります。

本プログラムでは、「研修手帳（疾患群項目表）」にある内科領域の経験すべき 70 疾患群のほとんど全てを経験します。

代表的な疾患は病歴要約や症例報告として記載し、各種のカンファレンスや自己学習によって知識を補足します。

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、指導医の評価と承認を受けることにより、目標達成までの段階が明示されます。

各年次で経験する症例、病歴要約の到達目標は以下のように設定します。

専門研修1年次

①70 疾患群のうち 20 疾患群以上を経験する。

②専門研修修了に必要な病歴要約を 10 編以上記載する。

専門研修2年次

①70 疾患群のうち 45 疾患群以上を経験する。

70 疾患群の内訳と到達目標は、総合内科Ⅰ：1 疾患群のうち 1 疾患群以上、総合内科 II：１疾患群のうち 1 疾患群以上、総合内科 III：１疾患群のうち 1 疾患群以上、消化器：9 疾患群のうち 5 疾患群以上、循環器：10 疾患群のうち 5 疾患群以上、内分泌：4 疾患群のうち 2 疾患群以上、代謝：5 疾患群のうち 3 疾患群以上、腎臓：7 疾患群のうち 4 疾患群以上、呼吸器：8 疾患群のうち 4 疾患群以上、血液：3 疾患群のうち 2 疾患群以上、神経：9 疾患群のうち 5 疾患群以上、アレルギー：2 疾患群のうち 1 疾患群以上、膠原病：2 疾患群のうち 1 疾患群以上、感染症：4 疾患群のうち 2 疾患群以上、救急：4 疾患群のうち 4 疾患群以上。尚、外来症例として登録するのは、プロブレムリスト上位で実際に対応を要した例です。内科研修としてふさわしい入院症例とは、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例などです。

②専門研修修了に必要な病歴要約 29 編をすべて記載する。

専門研修3年次

①全 70 疾患群を経験し、200 症例（外来症例は 20 症例まで）以上を経験する。

②専門研修 2 年次までに登録した病歴要約を、J-OSLER による査読を受け、受理されるまで改訂を重ねます。

（２）専門技能【整備基準 5】

内科領域の基本的技能とは、幅広い疾患を網羅した知識と経験とに裏付けられた医療面接、身体診察、検査結果の解釈、科学的根拠に基づいた幅広い診断・治療方針を決定できる能力、全人的に患者・家族と関われること、他の専門医へのコンサルテーション能力です。

到達目標は以下のように設定します。

専門研修１年次

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。

専門研修２年次

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。

専門研修３年次

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。

（3）学問的姿勢【整備基準 6】

以下の学問的姿勢を学びます。

①患者の病態から一般化できる知識を学ぼうとする。

②最新の知識・技能をアップデートしようとする。

③科学的根拠に基づいた診断・治療を実践しようとする。

④エビデンスの構築・病態の理解につながる研究を実施しようとする。

⑤研修医や同僚と学んだ知識を共有しようとする。

（4） 医師としての倫理性、社会性 【整備基準 7】

以下の倫理性、社会性を学びます。

①患者及び多職種を含めた医療関係者とのコミュニケーション

②患者・家族の価値観を踏まえた最適な医療の選択

③医療安全への配慮

④公益に資する医師としての責務に対する自律性

⑤地域医療保健活動への貢献、参画

３）経験目標

（1）疾患・病態 【整備基準 8】

主担当医として受け持つ経験症例は、専門研修修了するまでに 200 症例以上とします。内科全分野の 70 疾患群の各疾患群から１症例以上を受け持つのが目標です。

主担当医であることと適切な診療が行われたか否かの評価は、J-OSLER を通じて指導医が確認と承認を行います。

例外的処置として、初期研修中に経験した症例であっても、主担当医として適切な医療を行い専攻医のレベルと同等以上の適切な考察をしていると指導医が確認できれば、最低限の範囲で登録を認めます。

（2）診察・検査 【整備基準 9】

「技術・技能評価手帳」には、修得すべき診察、検査は横断的なものと分野特異的なものに分けて設定されています。これらの達成度は担当指導医が確認します。

（３）手技 【整備基準 10】

「技術・技能評価手帳」に示されている手技を経験するたびに登録評価システムに登録し、担当指導医が承認して到達度を評価します。

バイタルサインに異常をきたすような救急患者・急変患者・重症患者の診療、心肺機能停止状患者の蘇生手技などは、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）を受講します。

（４）地域医療【整備基準 11】

基幹施設の聖路加国際病院では、臓器別の subspecialty 分野に支えられた高度な急性期医療を経験し、地域の病診・病病連携の中核としての役割を経験します。

（特別）連携施設での地域医療研修では、コモンディジーズの診療だけでなく、中核病院との病病連携や診療所との病診連携、地域包括ケア、在宅医療を経験し、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学びます。

（５）教育活動と学術活動 【整備基準 12、29】

教育活動と学術活動を深めていくための目標を以下のように設定します。

教育活動としては、（１）初期研修医や医学生を指導する、（２）後輩専攻医を指導する、（３）メディカルスタッフを尊重し指導する。

学術活動としては、（４）日本内科学会本部・支部主催の生涯教育講演会、年次講演会、CPC、内科系 subspecialty 学会の学術講演会・講習会などに年 2 回以上参加する、（５）経験症例について文献検索と症例報告をする、（６）クリニカルクエスチョンを見出して臨床研究をする、（７）筆頭演者または筆頭著者として２件以上学会あるいは論文発表をする。

３．専門研修の方法

１）臨床現場での学習 【整備基準 13】

（１）各科教育カンファレンスや内科グランドカンファレンスを通じて、病態や診断過程の理解を深め、多面的な見方や最新の情報を得るようにします。また、プレゼンターとなり情報検索やコミュニケーションの能力を高めます。

（２）初診と再診の外来担当医を経験します。

（３）外来あるいは当直において内科領域の救急診療の経験を積みます。

（４）病棟において複数の研修医とともにチームで内科系急性期疾患の管理を行います。

２）臨床現場を離れた学習 【整備基準 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を、抄読会、院内勉強会、内科系学術集会、指導医講習会、JMECC などで学習します。

CPC に参加して診断治療の理解を深化させ、JMECC ではシミュレーションによる手技の修得とチーム医療実践のトレーニングを行います。

医療倫理・医療安全・感染防御の講習会を、基幹施設で年に 2 回以上受講します。

３）自己学習 【整備基準 15】

カリキュラムの到達レベルは以下のように分類されています。

知識：A（病態の理解と合わせて十分に深く知っている)、 B（概念を理解し，意味を説明できる。）

技術・技能：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）

症例： A（主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）

自身の経験がなくても自己学習すべき項目について、内科系学会のセミナーの DVD・オンデマンドの配信、セルフトレーニング問題、日本内科学会雑誌のセルフトレーニング問題などが活用します。

４）年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス 【整備基準 16】

年度ごとの知識（症例）・技能・態度は、以下を目安とします。

専門研修１年次

症例：70 疾患群のうち 20 疾患群以上を経験して J-OSLER に登録、担当指導医が評価承認。病歴要約 10 編以上記載し登録。

技能：診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、治療方針決定を、指導医とともに行える。

態度：専攻医同士、指導医、同僚、後輩医師、看護師による 360 度評価を年に 2 回行い、担当指導医がフィードバックします。

専門研修２年次

症例：70 疾患群のうち 45 疾患群以上を経験して J-OSLER に登録、専門研修修了に必要な病歴要約すべてを記載し登録を終了。

技能：身体診察、検査所見解釈、治療方針決定を指導医の監督下で行える。

態度：360 度評価を年に 2 回行い、1 年次の評価の省察と改善が図られたかを指導医がフィードバックします。

専門研修３年次

症例：全 70 疾患群を経験し、200 症例以上経験する。指導医が確認します。
専門研修 2 年次までに登録した病歴要約は、日本内科学会病歴要約評価ボードによる査読者の評価を受け改訂が促されます。

技能：内科領域全般の身体診察、検査所見解釈、治療方針決定を自立して行える。

態度：360 度評価を年に 2 回行い、2 年次の評価の省察と改善とが図られたかを指導医がフィードバックし、内科専門医としてふさわしい態度、プロフェッショナリズム、自己学習能力の修得について面談します。

４．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 17】

研修状況の継続的な記録と把握のために、J-OSLER に研修内容を登録し、指導医はその履修状況の確認をシステム上で行い、フィードバック後にシステム上で承認します。これらを、日常臨床業務中にリアルタイムで行います。

360 度評価の結果も J-OSLER を通じて集計し、担当指導医が専攻医にフィードバックします。

2 年次修了までに 29 症例の病歴要約を作成して J-OSLER に登録します。ピアレビュー方式の形成的評価が行われ、専門研修 3 年次修了までにすべての病歴要約が受理されるように改訂します。

聖路加国際病院の専門研修委員会は毎月、専門研修プログラム管理委員会は年 2 回、履修状況を確認し助言します。必要があれば研修プログラムを修整します。

２）指導医のフィードバック法の学習(FD) 【整備基準 18】

指導医は指導法の標準化のために内科指導医マニュアル・手引き（改訂版）により学習し、厚生労働省や日本内科学会の指導医講習会を受講します。

３）総括的評価概要　【整備基準 19、20】

担当指導医が、専攻医の症例経験と病歴要約の指導と評価承認を行います。

1 年次（70 疾患群のうち 20 疾患群以上の経験と病歴要約 10 編以上の記載と登録)、2 年次（45 疾患群以上の経験と病歴要約計 29 編の記載と登録)、3 年次（56 疾患群以上の経験の登録を修了）とします。

進行状況に遅れがある場合は、担当指導医が専攻医に面談し、専門研修委員会と専門研修プログラム管理委員会とで検討します。

Subspecialty 分野のローテーション研修では、その分野の指導医が J-OSLER を用いて評価しフィードバックし、subspecialty 領域の専門研修としても取り扱えるように配慮します。

担当指導医が評価の責任者となり、年度ごとに基幹施設または連携施設の専門研修委員会と専門研修プログラム管理委員会で検討し、プログラム統括責任者が承認します。

４）修了判定プロセス 【整備基準 21】

担当指導医は（１）既定の症例の経験と登録、（２）29 病歴要約の査読後の受理済み、（３）360 度評価と指導医による評価を参照し医師としての適性を判定、（４）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、（５）JMECC を受講、（６）内科系学術集会や企画に年 2 回以上参加、などを評価確認します。

プログラム統括責任者はこれらを確認後、専門研修プログラム管理委員会で合議のうえ最終判定します。

５）多職種評価 【整備基準 22】

社会人としての適性、医師としての適性、コミュニケーション、チーム医療の一員としての適性を多職種で評価します。

評価は 1 年間に 2 回無記名方式で行い、プログラム統括責任者が専門研修委員会に委託して 2 名以上の複数職種に回答を依頼し、担当指導医が取りまとめて J-OSLER に登録します。複数の施設に在籍する場合は、可能な範囲で各施設でも行います。

評価結果をもとに担当指導医がフィードバックします。

５．専門研修施設とプログラムの認定基準

１）基幹施設の認定基準 【整備基準 23】

聖路加国際病院内科は以下の認定基準を満たしています。

（１）専攻医の環境

初期臨床研修制度の基幹型研修指定病院、施設内に研修に必要な図書やインターネットの環境の整備、適切な労務環境の保障、メンタルストレスに適切に対処する部署の整備、ハラスメント委員会の整備、女性専攻医が安心して勤務できる休憩室や更衣室等の配慮、敷地内外を問わず保育施設等の利用可能。

（２）専門研修プログラムの環境

専門研修プログラム管理委員会と専門研修委員会が組織されています。

医療倫理・医療安全・感染対策講習会、研修施設群合同カンファレンス、CPC（年間約 30 例)、地域参加型のカンファレンス、JMECC を定期的に開催し、専攻医に受講を義務付けています。

施設実地調査に対応可能な体制があります。

（３）診療経験の環境

内科領域 13 の全分野で定常的に専門研修が可能な症例数があり、70 疾患群のほぼ全疾患群の研修が可能です。

剖検数は年間 30 数例です。

（４）学術活動の環境

日本内科学会講演会や地方会で年間約 10 演題の学会発表をしています。

２）連携施設の認定基準 【整備基準 24】

連携施設は以下の認定基準を満たしています。

（１）専攻医の環境

全ての連携施設が環境の整備された専攻医教育を重視した病院です（18 連携施設中 16 施設が臨床研修指定病院：旭中央病院、魚沼基幹病院、太田記念病院、沖縄県立中部病院、 亀田総合病院、 河北総合病院、 国立がん研究センター中央病院、国立循環器病研究センター、自治医大さいたま医療センター、 諏訪中央病院、 湘南鎌倉総合病院、聖隷浜松病院、 近森病院 、手稲渓仁会病院、東京ベイ医療センター、虎の門病院分院)。

施設内に研修に必要なインターネットの環境の整備、適切な労務環境の保障、メンタルストレスに適切に対処するため基幹施設との連携が可能、ハラスメント委員会の整備、女性専攻医が安心して勤務できる休憩室や更衣室等の配慮、敷地内外を問わず保育施設等の利用可能。

（２）専門研修プログラムの環境

①指導医が１名以上在籍、②専門研修委員会を設置し、施設内で研修する専攻医の研修を管理し、基幹施設のプログラム管理委員会と連携を図ることが可能、③医療倫理・医療安全・感染対策講習会について、基幹施設で行う講習会の受講を義務付け、④研修施設群合同カンファレンス、基幹施設で行うCPCまたは日本内科学会が企画するCPC、地域参加型のカンファレンスの受講を義務付けています。

（３）診療経験の環境

内科領域のいずれかの分野で、定常的に専門研修が可能な症例数を診療しています。

（４）学術活動の環境

全施設で、日本内科学会や同地方会などの学術集会で年間１演題以上の学会発表をしています。

３）専門研修施設群の構成要件　【整備基準 25】

本プログラムは、基幹施設の聖路加国際病院と15連携施設が協働して運営します。基幹施設は地域で中核となる急性期病院であり、中核的な医療機関の果たす役割、高度な急性期医療、稀少疾患などが研修でき、臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を身につけることができます。

（特別）連携施設では、総合内科研修（沖縄県立中部病院、亀田総合病院、湘南鎌倉総合病院、諏訪中央病院、手稲渓仁会病院、東京ベイ医療センターなど)、ホスピタリスト研修（魚沼基幹病院)、家庭医療研修（手稲家庭医療クリニック、河北総合病院、河北ファミリークリニック南阿佐ヶ谷など）が可能で、地域の第一線に立って患者さんの生活に密着した慢性期・急性期医療が経験できます。また、集中治療研修（自治医大さいたま医療センターICU)、循環器専門研修（国立循環器病研究センター)、がん専門研修（国立がん研究センター中央病院)、高度な各科専門研修（近森病院、亀田総合病院、旭中央病院、太田記念病院、沖縄県立中部病院、東京ベイ医療センター、聖隷浜松病院、虎の門病院分院など）も選択することができます。

高度な急性期医療と患者に密着した地域医療の両方を研修することにより、幅の広い柔軟性に富んだ内科専門医を養成します。

４）専門研修施設群の地理的範囲　【整備基準 26】

基幹施設と連携施設との地理的範囲は、3施設（国立がん研究センター中央病院、河北総合病院、河北ファミリークリニック南阿佐ヶ谷）が同一医療圏にあり、15施設（自治医大さいたま医療センターICU、魚沼基幹病院、手稲渓仁会病院、手稲家庭医療クリニック、諏訪中央病院、近森病院、亀田総合病院、旭中央病院、太田記念

病院、沖縄県立中部病院、東京ベイ医療センター、聖隷浜松病院、虎ノ門病院分院、湘南鎌倉総合病院、国立循環器病研究センター）が広域医療圏にあります。これらの研修では、原則として、基幹施設に在籍したまま連携施設においても雇用されます。

以下、広域医療圏の施設における研修の必要性について解説します。

旭中央病院は千葉県旭市にある地域中核の総合病院です。“愛し愛される病院”を理念に掲げ、どの内科に所属しても希望すれば塩尻先生による初診外来を週 1 回程度経験できます。救急外来では医師による丁寧なレクチャーがあり、教育体制も充実しています。専攻医には 1 人 1 台タブレットが支給され、自宅からのカルテ閲覧も可能です。症例数が豊富なため、内科全般の基本的な手技を一通り経験することができます。

魚沼基幹病院は医療過疎が問題となっている新潟県魚沼圏域において、地域医療の充実と質の向上を目的とし、「地域全体でひとつの病院」として機能するように設立されました。疾病・人間・地域を診る力を養う総合診療を学ぶことができます。基幹施設とは全く異なる医療過疎 疾病構造の中で、病院総合診療医学・家庭医療学・予防医学を総合的に研修できます。地域医療と一体となった総合内科研修です。病院がある浦佐駅は、新幹線で東京駅から最速 1 時間 23 分で到着し、実際のアクセスは良好です。

太田記念病院は群馬県太田市にある地域の中核病院です。“人間性豊かな臨床の実践”を理念とし、心臓カテーテル検査や上下部内視鏡において県内でトップクラスの症例数を誇ります。当院の循環器内科医も、過去に PCI の研修を目的に訪れており、循環器志望にとって魅力的な研修先です。循環器・消化器内科ともに学会活動が盛んで、受賞歴も多くあります。救急外来は 3 次救急まで対応し、外傷症例も多いため、研修医にとって人気の高いローテーション先となっています。

沖縄県立中部病院は沖縄県うるま市にある基幹的な公立急性期病院です。“全ての県民がいつでもどこでも、安心して、満足できる医療を提供する”ことを理念に、各学年で明確な裁量が設定されており、屋根瓦式の教育体制が根付いています。初期研修医（主に J2）からの相談を受けながら共に診療を進めるスタイルです。急性期から在宅医療まで幅広く経験でき、離島医療の代診にも相談のうえ参加可能です。血液腫瘍内科では移植は行わないものの地域で希少な腫瘍症例が集まり、腎臓内科では透析当番や手技の経験も可能です。循環器や消化器の手技研修も充実しています。

亀田総合病院は千葉県鴨川市にある高度急性期病院です。“愛の心をもって常に最高水準の医療を提供し続ける”という理念のもと、総合診療科が入院患者の多くを担当し、各専門科は主に手技に特化した診療を行っています。内科専門科を選択し、特定分野の手技に集中して研修することも可能です。神経内科は脳外科と連携して脳血管センターを設立しており、指導医の層が厚いのも特長です。ICU は closed で、救急科は独立しており選択不可、外来は原則行いません。

国立循環器病研究センターは、豊能医療圏の中心的な急性期病院であり、基幹施設と連携して循環器を中心とした内科専門研修を行い、必要に応じた可塑性のある、地域医療にも貢献できる内科専門医の育成を目指します。

湘南鎌倉総合病院は、神奈川県横須賀・三浦医療圏の中心的な急性期病院であり、神奈川県横須賀・三浦・湘南医療圏・近隣医療圏にある連携施設・特別連携施設とで内科専門研修を行い、必要に応じた可塑性のある、地域医療にも貢献できる内科専門医を目指します　内科領域全般の診療能力として、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します。

諏訪中央病院は長野県茅野市にある地域密着型の中規模病院です。主治医制であり、研修医、専攻医も主治医として患者に関わります。リハビリ転院後や退院後の訪問診療も可能な限り主治医として関与できるため、基幹施設では難しい「患者と線として関わる医療」を学ぶことができます。総合診療科では教育的な研修が日々行われています。病院がある茅野駅には、新宿駅から 2 時間で到着するため、実際のアクセスは良好です。

聖隷浜松病院は静岡県浜松市にある地域の基幹的な高度急性期病院です。“人々の快適な暮らしに貢献するために最適な医療を提供する”ことを理念に、ICI 認証を受けた教育病院として幅広い診療科を備えています。神経内科には血管内治療専門医が 5 名ほど在籍し、血栓回収や頸動脈ステント留置、ALS、てんかん診療など多岐にわたる診療を展開しています。総合診療科は屋根瓦式体制で病棟マネジメントに深く関わり、症例数が豊富でやりがいがあります。循環器内科では TEE や右心カテーテルなどの手技も専攻医が担当でき、消化器内科のスタッフ数も多く充実した環境です。

近森病院は高知県高知市にある高度急性期病院です。救急医療を中心とした診療を行い、欧米型の ER システム・Dr ヘリなどを利用した広い医療圏の救急を担当します。全国的にも先駆けたチーム医療の推進に努めており、各職種が専門性を持って自立して行動することが特徴です。

手稲渓仁会病院・家庭医療クリニックの属する渓仁会グループは、北海道の地域医療貢献を理念に掲げています。プライマリケア・家庭医療に精通する指導医・専門医の指導の下、地域に密着した外来研修を経験できます。「どこに行っても通用する家庭医」を目指すメンバーに囲まれて多種多様のニーズに合わせた全人的医療を実践できることを目標とします。家庭医療クリニックは基本的に外来診療のみのため、基幹施設では機会の少ない外来研修を集中的に行うことができます。さらに、手稲渓仁会病院では総合内科研修を中心に地域医療を学びます。病院がある手稲駅は北海道ではありますが、羽田空港から１時間半、在来線で１時間の約２時間半で到着します。

東京ベイ・浦安市川医療センターは千葉県浦安市にある急性期病院です。“医療を通じ地域の絆を育みます”を理念とし、総合診療科が入院患者の大半を担当し、専門科は主に手技に注力しています。総合診療科には約 40 名のスタッフが在籍し、7〜8 チーム体制で屋根瓦式の構造が確立されています。チーム内では 4 層の役職があり、専攻医は上から 3 番目の立場で、方針決定は上から 2 番目が担います。循環器内科では PCI、TAVI、アブレーションといった高度な手技も多数経験可能です。

虎の門病院分院は神奈川県川崎市にある高度急性期病院です。“医学への精進と貢献、病者への献身と奉仕を旨とし、その時代時代になしうる最良の医療を提供する”という理念のもと、腎臓・膠原病内科では月 2 回の腎移植、週 3〜4 件の腎生検が行われています。腎臓内科では TAE や PTA などの手技や、腎臓外科ローテーション中にはシャント造設も経験可能です。学会発表や論文作成にも積極的に取り組む風土があり、院外からの専攻医や本院からの派遣医師が中心となって病棟管理を行っています。

図　基幹施設と連携施設



魚沼基幹病院（新潟魚沼）、手稲渓仁会・家庭医療クリニック（北海道）、諏訪中央病院（長野茅野）、自治医大さいたま医療センターICU（埼玉県）では、基幹施設（東京）では経験できない地域医療を研修し、医療過疎地の医療貢献を担います。

旭中央病院、太田記念病院、沖縄県立中部病院、亀田総合病院、河北総合病院、国立がん研究センター中央病院、国立循環器病研究センター、湘南鎌倉総合病院、聖隷浜松病院、近森病院、東京ベイ医療センター、虎の門病院分院、では、基幹施設では経験できない subspecialty の研修が選択できます。

（特別）連携施設のローテーション例

① 諏訪中央病院 6 か月、自治医大さいたま医療センターICU 6 か月

② 手稲渓仁会・家庭医療クリニック 6 か月、魚沼基幹病院 6 か月

５）専攻医受入数【整備基準 27】

基幹施設には、総合内科専門医が 32 名、専門研修プログラム専属指導医が 48 名在籍しています。

指導医数、入院と外来の診療実績 70 疾患群の症例数、剖検症例数（基幹施設で年間 30 例）、専攻医採用実績（毎年 7 名前後）を考慮し、専攻医の年度内募集定員は 7 名（通常枠 6 名、連携枠 1 名）とします。

表　基幹施設の内科診療科と診療実績(2025 年度)

診療科	入院患者数（人数/年）	外来患者数（のべ人数/年）
総合診療科	512	7,940
消化器内科	873	20,461
循環器内科	1023	26,446
内分泌･代謝科	13	6,746
呼吸器内科	686	20,860
腎臓内科	187	5,247
血液内科	145	9,715
神経内科	26	2,880
アレルギー･膠原病科	60	21,404
感染症科	271	3,671
腫瘍内科	120	11,012
心療内科	47	4,830
緩和ケア	204	1,289

6）地域医療・地域連携への対応　【整備基準 28】

人口集中地域の医療の中核として病病・病診連携を担う基幹施設の研修と、地域住民に密着した病病連携や病診連携を行う地域医療・地域連携の研修を行います。

7）診療実績基準（基幹施設と連携施設）【整備基準 31】

基幹施設は地域の中核をなす急性期病院で、病床数は 520 床、内科領域 13 分野の全分野で定常的に専門研修が可能な症例数を診療し、70 疾患群のうちほぼ全疾患群の研修ができます。

14 の（特別）連携施設についても十分な症例が経験できます（下表参照）

表　聖路加国際病院と（特別）連携施設

	病院	病床数	内科系病棟数	内科系診療科数	内科指導医数	総合内科指導医数	剖検数
基幹施設	聖路加国際病院	520	160	12	48	32	9
連携施設	旭中央病院	989	310	12	28	24	61
連携施設	魚沼基幹病院	454	107	7	7	11	3
連携施設	太田記念病院	404	120	7	11	8	2

連携施設	**沖縄県立中部病院**	559	201	10	24	20	6
連携施設	**亀田総合病院**	520	160	11	48	32	9
連携施設	**河北総合病院**	353	203	13	28	24	3
連携施設	**河北ファミリークリニック南阿佐ヶ谷**	0	0	1	6	3	0
連携施設	**国立がん研究センター中央病院**	578	358	14	32	45	11
連携施設	**国立循環器病研究センター**	525	279	11	72	50	10
連携施設	**自治医大さいたま医療センター**	628	222	15	37	64	14
連携施設	**湘南鎌倉総合病院**	669	321	15	44	33	13
連携施設	**諏訪中央病院**	360	230	14	12	10	5
連携施設	**聖隷浜松病院**	750	345	9	19	30	6
連携施設	**近森病院**	489	250	13	29	24	10
連携施設	**手稲渓仁会病院（家庭医療クリニック）**	660	270	8	28	24	7
連携施設	**東京ベイ医療センター**	344	154	9	16	7	4
連携施設	**虎ノ門病院分院**	300	193	8	18	17	5
研修施設合計		9102	3883	189	507	458	178

8）Subspecialty 領域との連続性 【整備基準 32】

本プログラムでは、希望があれば subspecialty 領域の研修を行います。3 年次には 6 か月間の subspecialty の研修の選択期間があり、将来の専門領域に

つなぐことができます。希望によっては自由選択・連携(特別)施設での研修を含めて subspecialty 専門研修を行うことができ、連動研修にも対応しています。

9）研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修 【整備基準 33】

（1）研修の休止・中断

疾病あるいは妊娠・出産前後に伴う研修期間の休止は、プログラム修了要件を満たし休職期間が 6 か月以内であれば、研修期間を延長しません。これを超える期間の休止の場合は、研修期間を延長します。

研修期間中は、専攻医のカリキュラム到達レベルを定期的に評価し、目標の再確認と到達へ向けてのフィードバックを行うが、到達すべきレベルに達せず、技能改善を認められなかった場合は専門研修プログラム管理委員会の判断で当該専攻医の研修を中断することがある。

（2）プログラム移動

やむを得ない事情により内科領域内のプログラムの移動が必要になった場合は、J-OSLER を活用して、移動前と移動後の専門研修プログラム管理委員会によって専攻医の継続的研修ができるようにします。

（3）プログラム外研修（内科領域以外の研修歴）

他領域の専門研修を修了して新たに内科専門研修を始める場合は、初期研修で経験した内科専門研修に匹敵する症例記録を当該専攻医が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は、本登録評価システムへの登録を認めます。症例経験の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に委ねます。

（4）履修期間規定

短時間の非常勤勤務期間などがある場合は、按分計算（1 日 8 時間、週 5 日を基本単位）によって、研修実績に加算します。

留学期間は、原則として研修期間として認めません。

何らかの理由で研修修了要件を満たさず、かつ今後も本プログラムでの研修修了が非常に困難と思われる場合、内科専門研修プログラム管理委員会にて研修中止の判定を行います。研修中止となった専攻医については、他の研修病院を紹介する等の支援を含め、適切な進路指導を行います。

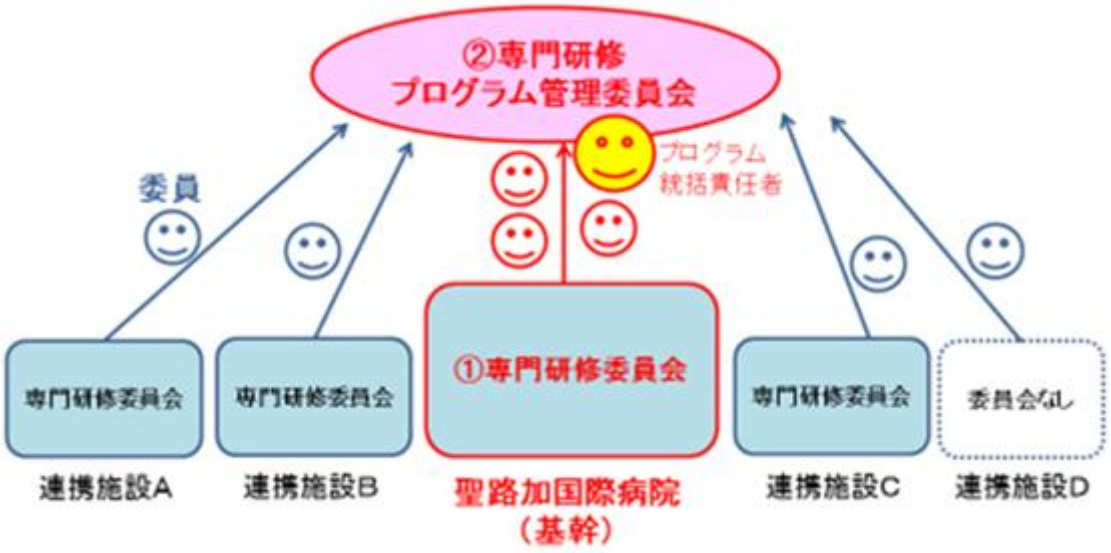
６．　専門研修プログラムを支える体制

１）専門研修プログラムの管理運営体制　【整備基準 34、39】

基幹施設には、内科専門研修プログラムと内科専攻医の研修を管理する内科専門研修プログラム管理委員会があり、プログラム統括責任者、副プログラム責任者、複数委員から成ります。プログラム統括責任者はプログラムの運営・進化の責任を負います。

専門研修プログラム管理委員会（下図②）の下部組織に、基幹施設と連携施設に専攻医の研修を管理する専門研修委員会があります。基幹施設の専門研修委員会（下図①）は委員長が統括します。

図　専門研修プログラム管理委員会と専門研修委員会



２）基幹施設のプログラム管理委員会の役割　【整備基準 35、37】

基幹施設の内科専門研修プログラム管理委員会は、施設群を取りまとめる統括組織として、①プログラム作成と改善、②CPC、JMECC 等の開催、③適切な評価の保証、④プログラム修了判定、⑤各施設の専門研修委員会への指導権限があり、専門研修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）専門研修指導医の基準　【整備基準 36】

内科専門研修指導医の「必須要件」は、（１）内科専門医を取得、（２）専門医取得後に臨床研究論文（症例報告含む）を発表（「first author」か「corresponding author」）、もしくは学位を有している、（３）厚生労働省もしくは学会主催の指導医講習会を修了、（４）内科医師として十分な診療経験を有していることです。

内科専門研修指導医の「選択とされる要件」は、（１）CPC、JMECC、学術集会（医師会含む）などに主導的立場として関与・参加する、または（２）日本内科学会での教育活動（病歴要約の査読，JMECC のインストラクターなど）を満たすことです。

上記の「必須要件」と「選択とされる要件」を満たした後、全国の各プログラム管理委員会から指導医としての推薦を受けた後、e-test を受けて合格すれば、新・内科指導医として認定されます。

ただし、当初は、すでに「総合内科専門医」を取得しており、申請時に指導実績や診療実績が十分であれば、内科指導医への移行が認められます。また、現行の日本内

科学会の定める指導医は、これまでの指導実績から 2025 年までの移行期間に限って指導医と認められます。

４）プログラム統括責任者の基準、役割、権限 【整備基準 38】

プログラム統括責任者は、基幹施設の内科領域の責任者またはそれに準ずる者で日本内科学会指導医です。

本プログラムの専攻医数は 3 学年 21 名（≧20 名）と多人数なので、副プログラム責任者も置いています。副プログラム責任者は統括責任者に準じる要件を満たします。

プログラム統括責任者の役割・権限は、（１）プログラム管理委員会を主宰し、委員会の作成と改善に責任を持つ、（２）各施設の専門研修管理委員会を統括する、（３）専攻医の採用、修了認定を行う、（４）指導医の管理と支援を行うことです。

５）労働環境、労働安全、勤務条件 【整備基準 40】

専門研修委員会は、労働基準法や医療法を遵守し、専攻医の心身の健康維持への環境整備も責務とし、時間外勤務の上限や労働条件を明示します。

７．専門研修実績記録システム、マニュアル

１）研修実績と評価の記録、蓄積するシステム 【整備基準 41】

J-OSLER を用いて web ベースで日時を含めて、（１）専攻医による経験症例の登録と指導医による評価承認、（２）専攻医の 360 度評価、専攻医による逆評価、（３）病歴要約の登録と評価ボードによるピアレビューによる改訂、（４）学会発表や論文発表、（５）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）の出席を記録します。

担当指導医、専門研修委員会、専門研修プログラム管理委員会は、各専攻医の進捗状況をリアルタイムで把握して、年次ごとの到達目標に達しているか否かを判断します。

専攻医の症例経験入力日時と指導医の評価日時との差の計測により、「担当指導医が専攻医の研修にどの程度関与しているか」もモニタされます。

２）医師としての適性の評価 【整備基準 42】

1 年に 2 回、多職種による 360 度の内科専門研修評価（社会人としての適性、医師としての適性、コミュニケーション、チーム医療の一員としての適性）を行い、担当指導医が J-OSLER に結果を登録し、専攻医にフィードバックを行います。

３）専攻医研修マニュアル、指導者マニュアル、フォーマット【整備基準 43、46、47、48】

両マニュアルは、別紙をご参照ください。

専攻医研修実績記録フォーマット、指導医による指導とフィードバックの記録指導者研修計画（FD）は、J-OSLER を用います。

８.専門研修プログラムの評価と改善

１）専攻医による指導医とプログラムの評価　【整備基準 49】

J-OSLER を用いて無記名式逆評価を年に 2 回行います。複数の研修施設で研修を行う場合は、研修施設ごとに逆評価を行います。

集計結果は担当指導医、専門研修委員会、プログラム管理委員会が閲覧でき、これによって、プログラム、指導医、研修環境の改善に役立てます。

2)専攻医による評価とシステム改善　【整備基準 50】

専門研修委員会、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は、J-OSLER を用いて、専攻医の逆評価、専攻医の研修状況を把握します。

プログラム管理委員会は、（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）改善を要しない事項の５つに分類して対応を検討します。

施設群内で解決が困難な場合は、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に相談します。

３）研修に対する監査・調査への対応　【整備基準 51】

基幹施設の聖路加国際病院と専門研修プログラム管理委員会は、求めに応じて日本専門医機構内科領域研修委員会のサイトビジットを受け入れ、サイトビジットで求められた資料は専門研修プログラム管理委員会により遅滞なく提出します。

９．専攻医の採用と修了

１）採用方法　【整備基準 52】

内科専門研修プログラムを提示し、専門研修プログラム管理委員会が応募者を選考します。

選考方法は、（１）書類選考、（２）SPI 性格適性テスト（応募書類到達後、web 上で施行)、（３）面接（複数回）です。

２） 修了要件（別表参照)【整備基準 53】

（１） 主担当医としてカリキュラムに定める全 70 疾患群のすべての経験と計 200 症例以上（外来症例は 20 症例まで）の経験が目標で、少なくとも 56 疾患群以上の経験と計 160 症例以上（外来症例は登録症例の 1 割まで）の経験と登録、（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 360 度評価の結果に基づき、医師として適正に疑問がないことを指導医が承認し、専門研修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。

（２）**表　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」**

内科専攻研修において求められる「疾患群」「症例数」「病歴要約提出数」について

	内容	専攻医3年修了時 カリキュラムに示す疾患群	専攻医3年修了時 修了要件	専攻医2年修了時 経験目標	専攻医1年修了時 経験目標	病歴要約提出数
分野	総合内科Ⅰ（一般）	1	1※2	1		2
	総合内科Ⅱ（高齢者）	1	1※2	1		
	総合内科Ⅲ（腫瘍）	1	1※2	1		
	消化器	9	5以上※1※2	5以上※1		3※1
	循環器	10	5以上※2	5以上		3
	内分泌	4	2以上※2	2以上		3※4
	代謝	5	3以上※2	3以上		
	腎臓	7	4以上※2	4以上		2
	呼吸器	8	4以上※2	4以上		3
	血液	3	2以上※2	2以上		2
	神経	9	5以上※2	5以上		2
	アレルギー	2	1以上※2	1以上		1
	膠原病	2	1以上※2	1以上		1
	感染症	4	2以上※2	2以上		2
	救急	4	4※2	4以上		2
外科紹介症例						2
剖検症例						1
合計※5		70疾患群	56疾患群（任意選択含む）	45疾患群（任意選択含む）	20疾患群	29症例（外来は最大7）※3
症例数※5		200以上（外来は最大20）	160以上（外来は最大16）	120以上	60以上	

※1　消化器分野では「疾患群」の経験と「病歴要約」の提出のそれぞれにおいて、「消化管」「肝臓」「胆・膵」が含まれること。
※2　修了要件に示した分野の合計は41疾患群だが、他に異なる15疾患群の経験を加えて、合計56疾患群以上の経験とする。
※3　外来症例による病歴要約の提出を7例まで認める。
　　病歴要約は全て異なる疾患群での提出が必要。ただし、外科紹介症例、剖検症例については、疾患群の重複を認める。
※4　「内分泌」と「代謝」からは、それぞれ1症例ずつ以上の病歴要約を提出する。
　　例）「内分泌」2例 + 「代謝」1例、　「内分泌」1例 + 「代謝」2例
※5　初期臨床研修時の症例は、例外的に各研修プログラムの委員会が認める内容に限り、その登録が認められる（最大80症例を上限とすること。病歴要約への適用については最大14使用例を上限とすること）。