東京女子医科大学病院内科専門研修プログラム

2027 年度

目次

1. 東京女子医科大学病院内科専門医研修プログラムの概要	2～3 頁
2. 内科専門医研修はどのようにおこなわれるか	3～7 頁
3. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）	7～9 頁
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の修得	9～10 頁
5. 学問的姿勢	10 頁
6. 医師に必要な倫理性、社会性	10～11 頁
7. 施設群による研修プログラム及び地域医療についての考え方	11 頁
8. 年次毎の研修計画	11～12 頁
9. 専門研修の評価	12～14 頁
10. 専門研修プログラム管理委員会	14 頁
11. 専攻医の就業環境（労働管理）	14 頁
12. 研修プログラムの改善方法	14～15 頁
13. 修了判定	15 頁
14. 修了認定	15 頁
15. 研修プログラムの施設群	15～17 頁
16. 専攻医の受け入れ数	17～18 頁
17. サブスペシャルティ領域	18 頁
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	18 頁
19. 専門研修指導医	18～19 頁
20. 専門研修実績記録システム	19 頁
21. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）	19 頁
22. 専攻医の採用と修了	20 頁
※ローテーションスケジュール例	21 頁
※内科専門研修修了要件（「症例数」、「疾患群」、「病歴要約」）一覧表	22 頁

１. 理念・使命・特性

①理念（整備基準1）

本プログラムの基本理念は、東京女子医科大学病院を基幹施設として、近隣医療圏にある連携施設を含めた病院群での内科専門研修を経て、標準的かつ全人的な内科的医療の実践に必要な知識を習得することである。内科領域全般とは臓器別の内科系サブスペシャルティ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である。また、知識や技能だけでなく、本学の理念である「至誠と愛」に基づき、「きわめて誠実であること」「慈しむ心（愛）」がすべての研修の場で求められ、医師としてのプロフェッショナリズムを滋養する。さらに、大学の医療機関での研修としてリサーチマインドの素養を有し、様々な医療環境で全人的な内科医療を実践することも目指している。

② 使命（整備基準2）

１）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ことにあり、本プログラムではこのような能力を有する内科専門医を育成する。

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、早期治療に努めることが重要である。そのために自ら学習して自身の診療能力を高めることができるように、自ら学習項目を発見して問題解決に向かうプロセスをサポートできる研修を行う。

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う。

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う。

③特性

１）本プログラムは東京女子医科大学病院を基幹施設として、東京都および首都医療圏をプログラムとして守備範囲とし、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る。研修期間は、原則として、基幹施設１年以上＋連携施設１年以上の３年間である。

２）本プログラムでは、症例を主担当医として入院から退院（初診・入院～退院・通院）まで可能な範囲で継続的に、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計画を立て実行する能力の習得をもって目標への到達とする。

３）基幹施設である当院または連携施設での 2 年間修了時（専攻医 2 年修了時）で日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）（以下「J-OSLER」という。）に定められた 70 疾患群（資料Ｘ参照）のうち、少なくとも通算で 45 疾患群、120 症例以上を経験し、J-OSLER に登録できる。そして、専攻医 2 年終了時点で、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る。

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させるために、専門研修期間中の 1 年以上、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する。

５）専攻医 3 年終了時で、J-OSLER に定められた 70 疾患群のうち、すくなくとも通算で 56 疾患群、120 症例以上を経験し、J-OSLER に登録できる。可能な限り J-OSLER に定められた 70 疾患群、200 症例以上の経験を目標とする。

④専門研修後の成果（整備基準 3）

内科専門医が活躍する場とその役割として以下のものが想定される。

１）病院医療：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・治療を行う能力を備え実践する。内科疾患全般の初期対応とコモンディジーズの診断と治療を行うことに加え、内科系サブスペシャリストとして診療する際にも、臓器横断的な視点を持ち全人的医療を実践する。

２）地域医療：かかりつけ医として地域において常に患者と接し、内科系の慢性疾患に対して、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。

３）救急医療：内科系急性・救急疾患に対するトリアージを含め、地域での内科系の急性・救急疾患への迅速かつ適切な診療を実践する。

４）上記の研修中に、病態に関する基礎研究やさまざまな臨床研究に触れたり、実際に研究に参加して学会・論文発表をすることによりリサーチマインドの素養も修得する。

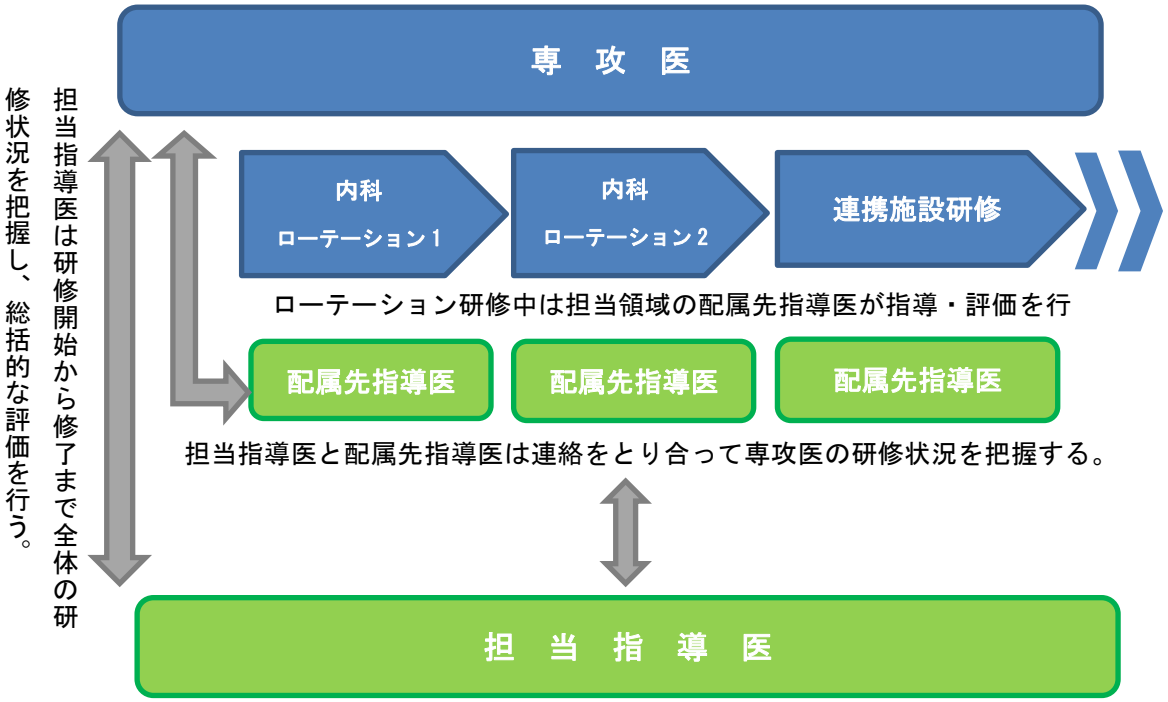
２．内科専門医研修はどのように行われるか（整備基準 13～16,30）

１）研修段階の定義：内科専門医は 2 年間の初期研修後に設けられた専門研修（専攻医研修）であり、基本的に 3 年間の研修で育成される。

２）将来のサブスペシャルティ領域が決まっている場合には、専攻医は該当する領域の内科へ入局したうえで、専攻医として内科専門医研修を開始する。将来のサブスペシャルティが未定の場合には総合診療科へ入局したうえで研修を開始する。研修中あるいは研修後にサブスペシャルティ領域への研修を選択することも可能である。

３）当院あるいは連携施設各部署では専攻医 1 名に対して 1 名の指導医を決定し、配属先での指導と評価を行う。これとは別に、専攻医 1 名について、入局した科において 3

年間の研修全体を通しての担当指導医 1 名を置く。担当指導医は、担当する専攻医が当院あるいは連携施設のどこで研修するかに関わらず、研修の進捗状況をモニターして専攻医にアドバイスを行う。ただし当院・連携施設各部署での研修指導と評価は、配属先指導医がおこなう。



4）専門研修期間中は、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」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、基本科目修了時に達成度を評価する。

5）臨床現場での学習：日本内科学会が内科領域を分類した 70 疾患群（経験すべき病態等を含む）のそれぞれで症例を主担当医として経験し、代表的なものについて病歴要約や症例報告として記載する。J-OSLER 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 に明示することとする。各年次の達成目標は以下の基準を目安とする。

〇専門研修 1 年：

・症例：専攻医はカリキュラムで定められた 70 疾患群のうち、20 疾患群以上を経験し、J-OSLER にその研修内容を登録する。各専攻医の担当指導医は、登録された症例の評価と承認を行う。なお、専攻医研修開始時に、担当指導医が初期研修時の経験症例を確認、評価し、専門研修経験症例数として含めるかを見極める。内科専門研修経験症例として含まれると判断された場合には、専攻医と担当指導医に症例を登録し評価を

行う。

・専門研修修了に必要な病歴要約を 10 編以上 J-OSLER に登録し、担当指導医の評価を受ける。

・技能：専攻医は研修中の疾患群に対する診断と治療で必要な身体診察、検査所見の解釈、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。

・態度：専攻医は自身の自己評価と、指導医およびメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回受け、態度の評価を行い担当指導医がフィードバックを提供する。

〇専門研修 2 年（4 年研修型については、3 年目までの達成目標）：

・症例：専攻医はカリキュラムで定められた 70 疾患群のうち、通算で 45 疾患群以上の経験をし、J-OSLER にその研修内容を登録する。各専攻医の担当指導医は、登録された症例の評価と承認を行う。

・専門研修修了に必要な病歴要約をすべて J-OSLER に登録する。担当指導医は登録された病歴要約の評価を行う。

・技能：専攻医は研修中の疾患群に対する診断と治療で必要な身体診察、検査所見の解釈、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。

・態度：専攻医は自身の自己評価と、指導医およびメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回受け、態度の評価を行う。専門研修 1 年次に行った評価についての省察と改善が図られたか否かを指導医がフィードバックする。

〇専門研修 3 年（4 年研修型については、4 年目までの達成目標）：

・症例：専攻医は主担当医としてカリキュラムに定める全 70 疾患群を経験し、200 症例以上経験することを目標とする。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 120 症例以上（外来症例は 1 割まで含むことができる）を経験し、J-OSLER にその研修内容を登録しなければならない。

・担当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かどうかを確認する。

・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、所属するプログラムにおける一次評価を受け、その後、日本内科学会の病歴要約二次評価査読委員による査読を受ける。形成的により良いものへの改訂を促す。但し、改訂に値しない内容の場合は、その年度の受理を一切認めないこともある。

・技能：専攻医は内科領域全般にわたる診断と治療で必要な身体診察、検査所見の解釈、および治療方針の決定を自立して行うことができる。

・態度：専攻医は自身の自己評価と、指導医およびメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回受け、態度の評価を行う。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する。また、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、自己学習能力が修得されているかを指導医

との面談を通じて評価し、さらなる改善を図る。

各専門領域での内科研修では当直業務にも従事する。専攻医 2 年目以降から当院（基幹施設）または連携病院で、初診を含む外来（1 回/週以上）を通算で 6 ヶ月以上行う。

〈内科研修プログラムの週間スケジュール：呼吸器内科の一例〉

	午前		午後	
月	抄読会	病棟	TBLB	呼吸器疾患クルズス
火		病棟・気管支鏡検査	病棟	
水		病棟・気管支鏡検査	病棟	診療グループカンファランス TBLB カンファランス
木	新患報告 症例検討会 退院報告	教授回診	医局会 TBLB 病棟	呼吸器合同カンファランス（呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科・病理診断科）
金		病棟・気管支鏡検査	病棟	
土		病棟		

６）臨床現場を離れた学習：

・治療法や病態に関する最新の知識やエビデンスについては、内科系学術大会や研究会、セミナーに参加して学習する。

・標準的な医療安全や感染対策に関しては、院内の講習会に参加し学習する。

・医療倫理、医療安全、臨床研究や利益相反に関する事項に関して、院内で定期的に開催される医療安全管理講習会や研究推進センター主催の iCLIC セミナーを受講し学習する。学会主催の講習会を受講して学習しても良いが、医療倫理・医療安全・感染対策に関する講習は、日本専門医機構が定める専門医共通講習と同等の内容を年に 2 回以上受講することが求められ、参加を義務付ける。

・救急診療においては JMECC 等において、シミュレーションによる手技、チーム医療など幅広く救急診療について学習する。

７）自己学習：カリキュラムでは、知識に関する到達レベルを A、B に分類、技術・技能に関する到達レベルを A、B、C に分類、さらに症例に関する到達レベルを A、B、C に分類する。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 Multiple Choice Questions (MCQ)や、日本内科学会の行っているセルフトレーニング問題を活用して学習する。指導医は、定期的に上記自己学習の進捗状況の確認と Multiple

Choice Questions (MCQ)、セルフトレーニング問題のフィードバックを行う。

８）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る。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る。

９）サブスペシャルティ研修：内科の各専門領域において、それぞれの専門医像に応じた研修プログラムを準備している。基本は内科専門医研修修了後から開始になるが、進捗状況によっては内科専門医研修中からサブスペシャルティ研修を開始することも可能である。

３．専門医の到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)
（整備基準 4～5,8～12)

１）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する。

・全 70 疾患群を経験し、200 症例以上経験することを目標とするが、修了認定には、主担当医として通算で最低 56 疾患群以上の経験をすること。

・J-OSLER へ症例（定められた 200 症例のうち、最低 120 症例）を登録し、それを指導医が承認すること。

・登録された症例のうち、29 症例を病歴要約として日本内科学会の病歴要約二次評価査読委員へ提出し、承認を得ること。

・技能・態度：内科領域全般にわたる診断と治療で必要な身体診察、検査所見の解釈、および治療方針を決定する能力、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、自己学習能力を修得すること。なお、修得すべき疾患、技能、態度については多岐にわたるため、J-OSLER 参照のこと。

２）専門知識について

経験すべき疾患・病態：

指導医による指導のもと、主担当医としてカリキュラム（J-OSLER 参照）に定める全 70 疾患群､200 症例以上を経験することを目標とする｡主担当医として経験したこと、適切な診療が行われたか否かの評価については、J-OSLER を通じて指導医が確認と承認を行う。

初期研修中に経験した症例を登録する場合には、主担当医として、専攻医レベルと同等以上の診療、考察を行ったと指導医が確認できた場合に限り、最低限の範囲で認められる。

経験すべき診察・検査など：

技術・技能評価手帳において修得すべき診察・検査を設定している。これら項目において、到達レベル A については、複数回の経験を経て、安全に実施できる、または判定できるよう主担当医として経験することを目標としている。診察・検査における技

術・技能の評価については、研修の現場において直接の指導医が指導しながら評価することを想定している。

経験すべき手術・処置など：
内科領域ですべての専門医に求められる手技について技術・技能評価手帳に記載されている。それぞれの項目について、単に経験を重ねるだけでなく、主体的経験を通じて、修得することとし、J-OSLER を通じて登録、指導医が確認、承認を行う。
専門医として求められる手技については、基本的なものも含めて、将来的には変遷、領域が拡大していくことも考えられる。そうした時代の変化に対応可能な、態度、生涯学び続けていく姿勢を含めて、指導し、評価する体制を提供する。
また、救急患者への対応については、JMECC 受講（必須）により、がん診療については、緩和ケア研修会の受講、Cancer Board への参加、女性医療については、本学公開医学講座への受講などを通じて技術・技能の修得に努めることとしている。

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）：
当院におけるサブスペシャルティ分野に支えられた高度な急性期医療、多岐にわたる疾患群の診療を経験するとともに、地域の中核となる専門研修連携施設における研修を通じて、地域の実情に応じたコモンディジーズに対する診療を経験する。
また、専門研修連携施設における研修においては、地域の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する。医療資源の有限性、各施設の特性を経験することで、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のかを経験し、内科専門医として、将来の医療システムの構築にあたり、何が足らなくて、何が必要なのか、どう改良すればよりよくなるのかを、自ら考えることのできる資質を養う。
また、指導医が在籍していない診療所や過疎地の病院等（特別連携施設）においても、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、国際的な経験を積極的に評価する。

学術活動：
内科専攻医に求められる姿勢とは単に症例を経験し、既存の治療法を行うにとどまらず、これらを自ら深めていく積極的な姿勢である。この能力は生涯にわたって自己研鑽を続けていくために必須であり、医師になり初期に経験する研修のこれにあたれる影響は甚大である。
当院においては、日本有数のベッド数を誇る大学における研修という特性を活かし、症例を深める学術活動、教育活動として以下のような目標を設定している。

教育活動（必須）

（１）指導医による管理のもとに初期研修医あるいは医学部学生の指導を行う。

（２）同学年の専攻医、後輩専攻医に対し、必要な指導を行う。

（３）メディカルスタッフを尊重し、指導する。

学術活動

（４）内科系の学術集会や企画に年１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・講習会に加えて、東京女子医科大学学会例会など。

（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。

（８）地域における学術活動や学術集会に積極的に参加する。

（上記のうち（５）～（８））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）

４．各種カンファレンスなど　（整備基準 13）

各診療科では以下のようなカンファレンスが行われており、専攻医はこれに積極的に参加して各領域の知識・技能の習得に努める。

１）朝カンファレンス・チーム回診

朝、患者申し送りを行い、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る。

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る。受持以外の症例についても見識を深める。

３）症例検討会

診断・治療困難例、手術検討例、臨床研究症例などについて専攻医が報告し、指導医からフィードバック、質疑などを行う。

４）診療手技セミナー

スキルスラボ及び各科検査室等にて診療スキルの実践的なトレーニングを行う。

５）全学 CPC

病理診断科と卒後臨床研修センターが主催する全学 CPC に出席し、死亡・剖検例、難病・稀少症例についての病理診断を検討する。

６）関連診療科との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ルについても学ぶ。

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、意見交換を行う。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ぶ。

８）Weekly summary discussion

週に１回、指導医と行い、その際、当該週の自己学習結果を指導医が評価し、J-OSLERに登録する。

９）学生・初期研修医に対する指導

病棟や外来で臨床実習の医学生・初期研修医を指導し、形成的評価を行う。

５．学問的姿勢（整備基準 6,30）

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。

６．医師に必要な倫理性、社会性など（整備基準 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る。具体的には以下の項目が要求される。

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
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）後輩医師への指導

これらの項目は、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る。医療チームの重要な一員としての責務（患者への診療、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習得する。
医療安全と院内感染対策を充分に理解するため、医療安全管理講習会（年２回）の出席と

感染対策講習会 e-learning（年 2 回）が義務付けられる。未受講の場合は DVD での聴講が促される。

７．研修施設群による研修プログラム及び地域医療についての考え方（整備基準 25～26,28～29）

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を設けている。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する。入院症例だけなく外来での基本となる能力、知識、スキル、行動も習得する。
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る。
地域における指導の質及び評価の正確さを担保するため、担当指導医は電話、メール、Web 会議などで常に配属先指導医との連絡ができる環境を整備する。

８．年次毎の研修計画（別紙ローテーションスケジュール参照）（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 つのコースがある。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る。

①基本コース

内科専門医と求められている病院内科系診療部門における総合内科医専門医、内科系救急医、そして地域医療における内科領域の診察医のいずれも対応できるコースである。本コースの目的は、内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち、全人的に診断・治療を行う能力を修得することである。内科全領域の豊富な症例数を経験するだけでなく救命救急センター、在宅医療を含めた地域医療と連携したプログラムが特徴である。また、本コースは将来内科指導医取得を目指した指導医研修にも連動している。
専攻医は内科の領域を偏りなく学ぶことが可能であり、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する。原則として 2 ヶ月を 1 単位として 2 年間で全内科診療科（9 科）及び救命救急センター、感染症科などをローテーションする。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する。研修する施設の選定は専攻医と面談の上、プログラム統括責任者が決定する。

②各科重点コース

将来、内科系サブスペシャルティの専門医取得を目指す研修医に対して、内科専門医取得のうえ、各サブスペシャルティ領域に重点を置いた専門研修を行う。本コースは女子医大の特徴である高度な専門性を持つ内科系サブスペシャルティの専門医取得を目指す研修プログラムの一環として位置づけ、総合内科専門医取得に必要な基本領域の修得と平行しな

がらサブスペシャルティ領域の専門研修を融合する。内科全領域の豊富な症例数と指導医がいる当院で可能なコースであり、最短で基本領域の到達基準をクリアし、よりサブスペシャルティ領域の専門研修が早期より開始できるのが特徴である。
本コースには、3年研修型と4年研修型を置く。両型とも研修開始直後の3ヶ月間は希望するサブスペシャルティ領域にて初期トレーニングを行う。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モチベーションを強化することができる。
3年研修型では、原則、その後2ヶ月を基本として他科をローテーションし、研修2年目前半にはサブスペシャルティ研修期間をはさむ。2年目後半からは、内科として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する。研修3年目の後半には基幹施設での研修を再開し、希望するサブスペシャルティ領域の研修を重点的に行う。
これに対して4年研修型では、原則、他科ローテーション後、2年目の1年間はサブスペシャルティ研修期間とし、3年目に連携施設での内科研修を行う。4年目は基幹施設での研修を再開し、前半は領域で症例経験の足りないところを重点的に研修し、後半はサブスペシャルティ研修期間とする。
両型とも連携施設での内科研修は1年以上とし、研修する施設の選定は専攻医と面談の上、プログラム統括責任者が決定する。

③大学院重点コース

将来、医学研究あるいは臨床研究のスキルを持った内科専門医を養成することは我が国の医学および臨床の発展に重要である。本コースでは、内科専門医研修を行いながら大学院に所属して医学研究を行い、内科専門医取得とともに博士（医学）取得も可能となる。内科全領域の豊富な症例数と多くの指導医、そして医学研究者が指導にあたる当院では基本領域の到達基準をクリアしつつ、十分な時間を研究に割くことができるのが特徴である。
研修開始直後の2ヶ月間は希望するサブスペシャルティ領域にて初期トレーニングを行う。その後ただちに連携施設で10ヶ月間内科研修を行う。研修2年目の4月に大学院へ入学するが、各内科へのローテーション研修は継続して行う。
なお、大学院進学の許可は研修プログラム管理委員会において判定される。

９．専門医研修の評価（整備基準 17～22）

①形成的評価

専門研修は内科各領域について、基幹施設である東京女子医大病院各診療科および連携施設などにおいて研修を行う。研修全期間を通じて研修状況の継続的把握および記録は研修評価を行ううえで極めて重要であるが、研修期間中は、院内外の数多くの診療科をローテーションすることになる。効率的かつ継続的な評価を行うために、J-OSLERを用いる。

１）Web を用いた J-OSLER

専攻医はJ-OSLERにその研修内容を登録する。指導医はシステム上で専攻医の履修状況を定期的に確認、フィードバックし、システム上で承認をする。

２）360 度評価（多職種評価）

毎年3月に、自己評価、指導医による評価、ならびにメディカルスタッフ(看護師、薬剤師、技師、事務）による360 度（多職種）評価を行う。評価は評価表を用いて実施することとする。内容については別途決定するが、主として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性を評価する。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2名から5名までの異なる職種による評価を実施する。その結果は担当指導医が取りまとめ、J-OSLERに登録する（他職種がシステムにアクセスすることを避けるため）。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す。改善状況を確認し形成的な評価とするために1年に1度評価を行う。ただし、1年間に複数の施設に在籍する場合には、各施設で評価を行うことが望ましい。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社会人適正を判断する。

３）病歴要約のピアレビュー

専門研修2年（4年研修型は3年）修了までに29症例の病歴要約を順次作成し、J-OSLERに登録する。日本内科学会の病歴要約二次評価査読委員によるピアレビュー方式の形成的評価が行われる。専門研修3年（4年研修型は4年）修了までにすべての病歴要約が受理されるように改訂する。これによって病歴記載能力を形成的に深化させる。

４）研修委員会での履修状況確認と専攻医への助言

研修委員会は年に複数回（4回程度）、プログラム管理委員会は年に1回以上、J-OSLERを用いて、履修状況を確認して適切な助言を行う。必要に応じて専攻医の研修中プログラムの修整を行う。

②総括的評価

評価項目・基準と時期

担当指導医が 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う。1年目の専門研修終了時にはカリキュラムに定める 70 疾患群のうち 20 疾患群以上の経験と病歴要約を 10 編以上の記載と登録が行われるようにする。2 年目（4 年研修型は 3 年目）の専門研修終了時には、70 疾患群のうち 45 疾患群以上の経験と病歴要約計 29 編の記載と登録が行われるようにする。3 年目（4 年研修型は 4 年目）専門研修終了時には 70 疾患群のうち 56 疾患群以上の症例を経験し登録する。それぞれの年次で登録された内容は都度、指導医が評価し、承認する。このように各年次の研修進行状況を管理する。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する。
内科領域の臓器別スペシャル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、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う。
研修医による自己評価は、J-OSLER の研修医ノートに登録することとする。

１０．専門研修プログラム管理委員会（整備基準 35～39）

専門研修プログラムの管理運営体制
基幹施設において、プログラムと当該プログラムに属するすべての内科専攻医の研修を管理するプログラム管理委員会を置き、プログラム統括責任者を置く。プログラム統括責任者はプログラムの適切な運営責任を担う。プログラム管理委員会の下部組織として、基幹施設および連携施設に当該施設にて行う専攻医の研修を管理する施設研修委員会を置き、各施設の委員長が統括する。

１１．専攻医の就業環境（整備基準 40）

労働基準法を順守し、東京女子医科大学で定める後期臨床研修医就業規則に準ずる。ただし、研修連携施設で研修中の場合は各施設の就業規則に準ずる。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安全衛生委員会で管理する。
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する。2024 年より医師の働き方改革が始まったことにともない、専攻医のみならず指導医の労働環境についても配慮する。

１２．専門研修プログラムの改善方法（整備基準 49～51）

１）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
J-OSLER を利用して無記名式の逆評価を行う。逆評価は原則年 2 回行う。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、その集計結果は担当指導医、施設の研修委員会、およびプログラム管理委員会が閲覧可能である。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る。改善への取り組み方は下記（項目 2）を参照。

２）専攻医からの評価（フィードバック）をシステム改善につなげるプロセス
施設の研修委員会、プログラム管理委員会は J-OSLER を用いて、専攻医の逆評価、専攻医の研修状況を把握する。把握した事項については、プログラム管理委員会が対応を検討する。
なお、研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決困難な場合は、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を相談先とする。

〇担当指導医、施設の研修委員会、プログラム管理委員会は 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する。
〇研修委員会、プログラム管理委員会は 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する。
このモニタを活用して、プログラム内の自律的な改善に役立てる。

１３．修了判定（整備基準 21,53）

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う。

１）主担当医としてカリキュラムに定める全 70 疾患群のすべてを経験し、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する。但し修了認定には、主担当医として通算で最低 56 疾患群以上の経験と計 120 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、登録しなければならない。添付の別表参照。
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、医師としての適正に疑問がないこと。

１４．修了認定（整備基準 21～22）

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する。
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う。

１５．研修プログラム病院群（整備基準 23～26）

基幹施設：東京女子医科大学病院
研修連携施設：
東京女子医科大学附属足立医療センター
東京女子医科大学附属八千代医療センター
茨城県立中央病院
筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター　総合病院水戸協同病院
医療法人社団日高会　日高病院

医療法人社団東光会　戸田中央総合病院
社会福祉法人恩賜財団済生会支部　埼玉県済生会川口総合病院
社会福祉法人恩賜財団済生会支部　埼玉県済生会加須病院
日本赤十字社　さいたま赤十字病院
医療法人財団　明理会　春日部中央総合病院
医療法人社団愛友会　上尾中央総合病院
独立地方行政法人　国保旭中央病院
地方独立行政法人東京都立病院機構　がん・感染症センター　東京都立駒込病院
地方独立行政法人東京都立病院機構　東京都立大久保病院
地方独立行政法人東京都立病院機構　東京都立大塚病院
地方独立行政法人東京都立病院機構　東京都立多摩北部医療センター
地方独立行政法人　東京都健康長寿医療センター
独立行政法人地域医療機能推進機構　東京山手メディカルセンター（JCHO）
独立行政法人労働者健康安全機構　東京労災病院
東京大学医学部附属病院
日本大学医学部附属板橋病院
国家公務員共済組合連合会　虎の門病院
医療法人社団こうかん会　日本鋼管病院
川崎市立井田病院
川崎市立川崎病院
社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス　海老名総合病院
独立行政法人国立病院機構　横浜医療センター
独立行政法人労働者健康安全機構　横浜労災病院
北里大学病院
国家公務員共済組合連合会虎の門病院分院
一般財団法人宮城県成人病予防協会　仙台循環器病センター
医療法人社団常仁会　牛久愛和総合病院
医療法人貞心会　西山堂慶和病院
医療法人社団保健会　谷津保健病院
キッコーマン株式会社　キッコーマン総合病院
国際医療福祉大学市川病院
一般社団法人　至誠会第二病院
一般社団法人衛生文化協会　城西病院
医療法人財団　荻窪病院
医療法人財団中山会　八王子消化器病院
公益財団法人　心臓血管研究所付属病院

公益財団法人　榊原記念財団　附属榊原記念病院
公立学校共済組合　関東中央病院
公立昭和病院
地方独立行政法人東京都立病院機構　東京都立多摩総合医療センター
独立行政法人国立病院機構　東京病院
公益社団法人　地域医療振興協会　台東区立台東病院
IMS グループ医療法人社団明芳会　板橋中央総合病院
日本赤十字社医療センター
医療法人社団　豊信会　草花クリニック
NTT 東日本関東病院
医療法人立川メディカルセンター　立川綜合病院
社会福祉法人聖隷福祉事業団　総合病院　聖隷浜松病院
国立研究開発法人　国立循環器病研究センター
社会福祉法人恩賜財団　済生会熊本病院
社会福祉法人白十字会　白十字総合病院（特別連携施設）
医療法人社団福寿会　東京病院（特別連携施設）

１６．専攻医の受け入れ数　（整備基準 27）

受け入れ数は 1 年あたり 22 名である。
１）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 年で 46 名である。
２）剖検体数は 2023 年度 9 体、2024 年度 6 体、2025 年度 8 体、である。
３）経験すべき症例数の充足について

表　東京女子医科大学病院診療科別診療実績

2025 年実績	入院患者実数 （人/年）	外来患者数 （延人数/年）
消化器内科	1,066	37,045
循環器内科	2,000	46,312
糖尿病・代謝内科	303	51,635
高血圧・内分泌内科	199	26,780
腎臓内科	535	20,521
呼吸器内科	393	16,611
脳神経内科	384	22,750
血液内科	457	15,453
膠原病リウマチ内科	227	30,538
総合診療科	101	2,677

腫瘍内科	70	1,038
救命救急センター	923	6,082

上記表の入院患者について DPC 主病名を基本とした各診療科の症例数を分析したところ、全 70 疾患群のうち、すべての疾患群において充足可能である。

１７．サブスペシャルティ領域（整備基準 32）

内科専攻医になる時点で将来目指すサブスペシャルティ領域が決定していれば、各科重点コースまたは大学院重点コースを選択することになる。基本コースを選択していても、条件が満たせば 3 年目は各科重点コースに移行することも可能である。内科専門医取得後、各領域の専門医を目指す。

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）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する。

２）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、プログラム終了要件を満たしていれば、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する。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ある。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る。

※内科系サブスペシャルティ領域：「消化器内科」、「循環器内科」、「内分泌代謝・糖尿病内科」、「腎臓」、「呼吸器内科」、「血液」、「脳神経内科」、「膠原病・リウマチ内科」、「アレルギー」、「感染症」、「老年科」「腫瘍内科」、「肝臓内科」、「消化器内視鏡」、「糖尿病内科」、「集中治療」、「総合内科」、「認知症」

１９．専門研修指導医（整備基準 36）

指導医は日本内科学会が定める以下の要件を満すことが必要である。

【必須要件】

１）内科専門医資格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（「first author」もしくは corresponding author）であること）しているか、もしくは学位を有していること。

３）厚生労働省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】

１）CPC、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。

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）

これら「必須要件」と「選択される要件」を満たした後、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る必要がある。この推薦を踏まえて審査を受け、合格したものを内科指導医として認定する。

※但し、すでに「総合内科専門医」を取得している医師は、申請時に指導および診療実績が十分であれば、内科指導医の登録を認める。また現行の日本内科学会の定める指導医については、これまでの指導実績から、移行期間（2027 年度まで コロナ禍の期間を配慮）においてのみ指導医と認める。

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）

専門研修は専攻医研修マニュアルにもとづいて行われる。実績記録は J-OSLER を用いる。同システムでは以下を web ベースで日時を含めて記録する。

・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 120 症例の研修内容を登録する。指導医はこれを評価し、合格基準に達したと判断した場合に承認を行う。

・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する。メディカルスタッフによる 360 度評価の記録は紙ベースの評価表でいただき、担当指導医が Web 上に登録する。

・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二次評価査読委員（二次査読）による外部評価とフィードバックを受け、指摘事項に基づく改訂がアクセプトされるまでシステム上で継続する。

・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する。

・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（例：CPC、地域連携カンファレンス、医療倫理・医療安全・感染対策講習会等）の出席をシステム上に登録する。

・上記の研修記録と評価はリアルタイムで把握され、担当指導医、研修委員会、ならびに研修プログラム管理委員会が専攻医の進捗状況を年次ごとに確認し、到達目標の達成状況を判断する。

２１．研修に対するサイトビジット（訪問調査）（整備基準 51）

基幹施設は、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いれる。それに際して、求められる資料はプログラム管理委員会が遅滞なく提出する。サイトビジットの評価はプログラム管理委員会へ伝えられ、必要な場合は研修プログラムの改良を行う。

２２．専攻医の採用と修了（整備基準 52～53）

１）採用方法

応募書類：東京女子医科大学プログラム応募申請書、履歴書

応募時期：日本専門医機構からの専攻医登録開始時期により決定

選考方法：書類選考、筆記試験、面接試験

選考時期：日本専門医機構からの専攻医登録開始時期により決定

選考結果：電子メールにて報告

２）研修開始届

研修を開始した専攻医は、各年度の 4 月 1 日までに以下の報告書を東京女子医科大学病院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する。

・専攻医の氏名と医籍登録番号、内科医学会会員番号、専攻医卒業年度、専攻医研修開始年度

・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統括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する。審査は書面と面接により行われる。

点検の対象となる書類は以下の通り。

・専門研修実績記録

・「経験目標」で定める項目についての記録

・「臨床現場をはなれた学習」で定める講習会出席記録

・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る。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る。

東京女子医科大学病院内科専門研修プログラム　ローテーションスケジュール例

1. 基本コース

専攻医研修	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	内科1		内科2		内科3		内科4		内科5		内科6	
	1年目にJMECCを受講											
2年目	内科7		内科8		内科9		救急			その他（感染症など）・予備		
	当直は内科系当直で研修									内科専門医取得のための病歴提出準備		
3年目	連携施設											
	総合内科、地域医療、 初診＋再診外来　週1回担当											
	領域で症例経験の足りないところを重点的に研修											

2. 各科重点コース

3年研修型

専攻医研修	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	入局内科にて初期トレーニング			他内科1		他内科2		他内科3		他内科4		感染症
	1年目にJMECCを受講/当直は内科系当直で研修											
2年目	救急			サブスペシャルティ研修			連携施設					
							総合内科、地域医療、 初診＋再診外来　週1回担当					
										内科専門医取得のための病歴提出準備		
3年目	連携施設						サブスペシャルティ研修					
	総合内科、地域医療、 初診＋再診外来　週1回担当											
	領域で症例経験の足りないところを重点的に研修											

4年研修型

専攻医研修	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	入局内科にて初期トレーニング			他内科1		他内科2		総合内科		救急		感染症
	1年目にJMECCを受講・初期研修時の実績をみて内科領域を選択											
2年目	入局科にてサブスペシャルティ研修											
3年目	連携施設											
	総合内科、地域医療、 初診＋再診外来　週1回担当											
	領域で症例経験の足りないところを重点的に研修									内科専門医取得のための病歴提出準備		
4年目	他内科4		他内科5		他内科6		入局科にてサブスペシャルティ研修					
	領域で症例経験の足りないところを重点的に研修											

3. 大学院重点コース

専攻医研修	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	入局内科初期トレーニング		連携施設									
	1年目にJMECCを受講											
	総合内科、地域医療、 初診＋再診外来　週1回担当											
2年目	○○内科学　大学院　（内科各科で一般研修は継続する、2か月ごとローテーションを想定）											
3年目	○○内科学　大学院　（内科各科で一般研修は継続する、2か月ごとローテーションを想定）											
										内科専門医取得のための病歴提出準備		
4年目	○○内科学　大学院　（内科各科で一般研修は継続する、2か月ごとローテーションを想定）											
	領域で症例経験の足りないところを重点的に研修											

（別紙）

内科専門研修 修了要件（「症例数」、「疾患群」、「病歴要約」）一覧表

	内容	症例数	疾患群	病歴要約提出数
分野	総合内科Ⅰ（一般）	計10以上	1	2
	総合内科Ⅱ（高齢者）		1	
	総合内科Ⅲ（腫瘍）		1	
	消化器	10以上	5以上	3
	循環器	10以上	5以上	3
	内分泌	3以上	2以上	3
	代謝	10以上	3以上	
	腎臓	10以上	4以上	2
	呼吸器	10以上	4以上	3
	血液	3以上	2以上	2
	神経	10以上	5以上	2
	アレルギー	3以上	1以上	1
	膠原病	3以上	1以上	1
	感染症	8以上	2以上	2
	救急	10以上	4	2
外科紹介症例		2以上		2
剖検症例		1以上		1
合計		120以上 （外来は最大12）	56 疾患群 （任意選択含む）	29 （外来は最大7）

補足

1. 目標設定と修了要件
   以下に年次ごとの目標設定を掲げるが、目標はあくまで目安であるため必達ではなく、修了要件を満たせば問題ない。各プログラムでは専攻医の進捗、キャリア志向、ライフイベント等を踏まえ、研修計画は柔軟に取り組んでいただきたい。

	症例	疾患群	病歴要約
目標（研修終了時）	200	70	29
修了要件	120	56	29
専攻医2年修了時 目安	80	45	20
専攻医1年修了時 目安	40	20	10

2. 疾患群：修了要件に示した領域の合計数は41疾患群であるが、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. 病歴要約：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. 各領域について
   ① 総合内科：病歴要約は「総合内科Ⅰ（一般）」、「総合内科Ⅱ（高齢者）」、「総合内科（腫瘍）」の異なる領域から1例ずつ計2例提出する。
   ② 消化器：疾患群の経験と病歴要約の提出それぞれにおいて「消化管」、「肝臓」、「胆・膵」が含まれること。
   ③ 内分泌と代謝：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. 臨床研修時の症例について：例外的に各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。登録は最大60症例を上限とし、病歴要約への適用については最大14症例を上限とする。