JCHO 東京新宿メディカルセンター
内科専門研修プログラム



2026 年 5 月 20 日作成

[ここに入力]

内科専門医制度の理念と使命

【整備基準 1、2】

内科専門制度の理念

内科専門医制度は、国民から信頼される内科の専門医を育成することを目的とした制度です。この制度における専門研修の基本的な考え方は、指導医の適切なサポートのもとで、定められたカリキュラムに沿って内科全体を幅広く学び、標準的かつ全人的な内科医療を実践するために必要な知識や技術を身につけることです。

ここで求められる「内科全体にわたる診療能力」とは、臓器ごとの内科専門領域（サブスペシャルティ）に進んだ後にも共通して必要とされる、内科医としての基本的な診療力を指します。知識や技術に偏ることなく、患者さんを一人の人間として尊重しながら接する姿勢、医師としてのプロフェッショナリズム、そしてリサーチマインド（探究心や論理的思考力）もあわせて大切にされます。また、どのような医療現場でも全人的な内科医療を提供できる力が求められます。

内科の専門研修では、幅広い病気を経験しながら、内科の基本的な診療を繰り返し学びます。単に同じことを繰り返すのではなく、病気や患者さんの背景に応じて、特別な診療技術や配慮が必要になることもあります。こうした多様な経験を積める点も研修の特徴です。

また、日々の経験は単なる記録で終わらせず、「病歴要約」という形でまとめていきます。その際には、科学的な根拠や自分自身の振り返り（自己省察）も含めて記載し、複数の指導医から指導と評価を受けます。これにより、内科医としてのリサーチマインドを養いながら、患者さんを包括的に診る力も高めることができます。

内科専門医の使命

内科専門医は、病気の予防から治療に至るまでの保健・医療活動を通じて、市民の健康に積極的に貢献する役割を担っています。
さまざまな医療現場で活躍し、最新の医学的知見に基づいた医療を提供するとともに、特定の臓器に偏ることなく、全人的な視点で内科診療を行うことが求められます。
さらに、チーム医療を円滑に進める役割も重要な使命の一つです。

専門研修の目標

専門研修後の成果（Outcome）

【整備基準 3】

内科専門医の使命は、以下の４つを基本として行動することにあります。

1）高い倫理観を持つこと
2）最新の標準的医療（エビデンスに基づいた医療）を実践すること
3）安全で安心できる医療を提供すること
4）プロフェッショナリズムに基づき、患者さん中心の医療を展開すること

内科専門医が活躍する場は多岐にわたりますが、それぞれの現場に応じて、下記に示すような専門医像にふさわしい役割を果たすことが求められています。
もちろん、キャリアの段階やライフステージ、所属する医療機関や地域の特性などによって、理想とされる専門医像は一つに定まるわけではありません。

むしろ、それぞれの環境に応じて自らの役割を柔軟に果たせる力＝可塑性が、現代の内科専門医に強く求められています。
この制度の最大の成果は、そうした多様な環境で活躍できる柔軟性をもった専門医を輩出することにあります。

内科専門医が活躍する主なフィールドと役割

(1). 病院医療
内科全般にわたる幅広い知識と診療経験を活かし、身体と精神の両面から総合的に診療を行います。初期対応やコモンディジーズの診療を担うだけでなく、サブスペシャルティ領域を専門とする際にも、臓器横断的な視点と全人的医療の実践が求められます。

(2). 地域医療
「かかりつけ医」として、患者さんの生活に寄り添った継続的な医療を提供します。
慢性疾患に対する日常診療に加えて、健康管理や予防医療、生活指導を含めた包括的な内科医療を実践します。

(3). 救急医療
内科系の急性疾患や救急疾患に対し、地域の一員として迅速で的確な対応を行います。
トリアージの判断や初期治療を含めた救急内科診療を担う役割が期待されます。

※こうした医療の場は、個々のキャリアや生活のステージに応じて、単独で担うこともあれば、複数の領域を兼ねることもあります。いずれの場合でも、内科医としてのプロフェッショナリズムとジェネラルな視点（総合的な診療マインド）を持ち続けることが重要です。

[ここに入力]

到達目標

【整備基準 4-7】

i. 専門知識

内科専門医で学ぶ専門知識の分野は、「総合内科」「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」「膠原病および類縁疾患」「感染症」、そして「救急」で構成されています。
研修カリキュラムでは、これらの分野について、「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、習得すべき具体的な目標（到達レベル）を明示しています（※詳細はカリキュラム項目表をご参照ください)。

内科の専門知識は、これらの分野を横断的に学び、実際の症例経験とその振り返り（省察）を通じて身につけていきます。カリキュラムでは内科領域を 70 の疾患群に分類し、それぞれに含まれる疾患の中から経験を積んでいく構成になっています。この過程を通して、専門医に必要な知識やスキルを修得していきます。

代表的な症例については、「病歴要約」や「症例報告」として記録し、自らが経験できなかった症例についても、カンファレンスや自己学習で知識を補っていくことが求められます。これにより、実際に遭遇する機会が少ない疾患であっても、類似疾患の経験や学習を通して適切に対応できるようになります。

研修の進行状況は「J-OSLER（ジェイ・オスラー)」という専攻医登録評価システムを用いて記録・評価され、症例ごとに担当の指導医が内容を確認し、達成状況を評価・承認していきます。

各年次の目標

- 専門研修 1 年目
  カリキュラムにある 70 の疾患群のうち、20 疾患群以上の症例経験を目標とします。
  経験した症例は J-OSLER に登録し、症例指導医がその内容を確認・承認します。不十分な点がある場合には、フィードバックを受けて再学習・再登録を行います。
  また、この年次では病歴要約を 10 編以上登録し、担当指導医の評価を受けることが必要です。

- 専門研修 2 年目
  通算で 45 疾患群以上の症例を経験し、J-OSLER に登録することを目指します。
  外来での症例も一部登録可能ですが、内科専攻にふさわしい、診断やマネジメントに工夫を要したケースに限られます（単なる投薬のみの症例は対象外)。
  DPC 制度での主病名やサマリ、入院時診断名などが参考になります。
  また、この年次終了時には病歴要約を 29 編すべて登録し、評価を受けることが求められます。

○ 専門研修 3 年目
この年次では、全 70 疾患群すべての症例を主担当医として経験し、200 症例以上を目標とします（うち外来症例は最大 20 件まで)。
研修修了には、通算で 56 疾患群以上・120 症例以上の経験が必要です。これには入院症例が中心となりますが、一部外来症例も含めることができます（外来症例は全体の 1 割まで)。
これまでに登録した病歴要約は、プログラム内の一次評価に加え、日本内科学会による二次評価（外部査読）を受ける必要があります。
査読では、コメントと共にフィードバックが返されるため、専攻医としての成長がさらに促されます。

専門医取得の要件（まとめ）

- 病歴要約 29 編の査読受理
- 70 疾患群中 56 疾患群以上の経験（計 120 症例以上）
- J-OSLER への適切な登録と評価

ii. 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術等）

内科領域における基本的な「技能」とは、幅広い疾患に関する知識と経験に裏打ちされたうえで、適切な医療面接、身体診察、検査結果の解釈、そして科学的根拠に基づいた診断や治療方針の決定を行う力を指します。
さらに、患者さんやご家族と全人的に関わる姿勢や、他の専門医へ適切にコンサルテーションを行う能力も含まれます。

こうした診療技能は、特定の手技の数や経験件数だけで評価できるものではありません。そのため、内科専門研修では、診療技能の到達目標を以下のように段階的に設定しています。

診療技能の到達目標

専門研修 1 年目
担当する疾患に対して、診断や治療に必要な身体診察、検査の見方、治療方針の決定を、指導医と一緒に行えるようになることが目標です。

専門研修 2 年目
同様の診療行為を、指導医の監督のもとで自分の判断で実践できるようになることを目指します。

専門研修 3 年目
内科全般にわたって、診断と治療に必要な判断を自立して行えるようになることが目標です。

[ここに入力]

iii. 学問的姿勢

内科専門研修では、以下のような基本的な学問的姿勢を大切にし、身につけていくことが求められます。

1）患者さんから学ぶ姿勢を常に持つこと
2）**科学的根拠に基づいた診断・治療（EBM：evidence-based medicine）**を行うこと
3）知識や技術を常にアップデートし続ける姿勢（生涯学習）を持つこと
4）診断や治療のエビデンス構築や病態理解に役立つ研究活動にも取り組むこと
5）症例報告を通じて、深い臨床的洞察力を養うこと

これらを意識して日々の診療や研修に取り組むことで、内科専門医としての学問的な基盤が育まれていきます。

iv. 医師としての倫理観・社会性

内科専門医としては、高い倫理観と社会性を備えることが求められます。具体的には、以下の項目を意識して実践することが重要です。

1）患者さんとの円滑なコミュニケーション能力を持つこと
2）**患者さんを中心とした医療（Patient-Centered Care）**を実践すること
3）患者さんから学ぶ姿勢を大切にすること
4）自分自身の診療を振り返る自己省察の姿勢を持ち続けること
5）医の倫理に対する配慮を常に忘れないこと
6）医療安全を意識した行動をとること
7）**公益に貢献する医師としての自律性（プロフェッショナリズム）**を持つこと
8）地域の医療や保健活動に積極的に関わる姿勢を持つこと
9）多職種を含めた医療チームとの良好なコミュニケーション能力を培うこと
10）後輩医師に対する適切な指導を行うこと

これらの能力や姿勢は、内科専門医としての診療能力の土台であり、信頼される医師となるために欠かせない要素です。

経験目標

i. 経験すべき疾患・病態

内科専門研修では、主担当医として 200 症例以上の経験を積むことが目標となります。
受け持ち症例が特定の分野に偏らないよう、内科全体を 70 の疾患群に分類し、それぞれから少なくとも 1 症例以上を経験することが求められます（※疾患群の詳細は「研修手帳」をご参照ください）。

指導医は、J-OSLER を通じて「主担当医としての関わり」や「適切な診療が行われたかどうか」を確認し、承認します。

ただし、内科は領域が非常に広く、また稀な疾患も含まれるため、すべての疾患群を必ず経験できるとは限りません。そのため、臨床研修中に経験した症例の中でも、主担当医として適切な診療を行い、専攻医と同等以上の考察がなされていると指導医が認めた場合に限り、最小限の範囲で J-OSLER への登録が認められます。

ii. 経験すべき診察・検査等

内科で必要とされる診察や検査は、「横断的」なものと「分野特異的」なものに分かれています（※詳細は「技術・技能評価手帳」をご参照ください）。
これらは症例を通じて実地で習得するものとされ、習得状況は指導医が確認して評価します。

iii. 経験すべき手術・処置等

内科医として習得すべき基本的な手技についても、「技術・技能評価手帳」に定められています。
これらの技術は症例経験に基づいて段階的に修得していくものであり、単に件数で評価されるものではありません。
J-OSLER を通じて各症例の都度、指導医の確認と承認を受けることで、修得の到達度を記録していきます。

また、急変や重症患者への対応や、心肺停止時の蘇生手技については、受け持ち症例に加え、JMECC（内科救急講習会）などのシミュレーショントレーニングによってオフ・ザ・ジョブ・トレーニングとして学ぶことが求められています。

iv. 地域医療の経験（病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療等）

内科専門研修では、地域の中核病院（基幹施設）での研修が必須です。ここでは、臓器別のサブスペシャルティ領域に支えられた急性期医療を経験し、地域の医療連携（病診連携・病病連携）の中心的な役割を学びます。

さらに、専門研修 3 年間のうち一定期間は、地域に根ざした病院（連携施設）での研修も義務づけられています。ここでは、コモンディジーズの診療や、地域医療を支える役割、診療所と病院との連携などを実地で学びます。

また、診療所や過疎地の病院など、指導医が常駐していない施設についても、「特別連携施設」として、プログラム統括責任者と指導医の管理のもとで 1 年以内の研修が可能です。このような場での経験も、地域医療・僻地医療の貴重な学びとして評価されます。

[ここに入力]

v. 学術活動

内科専攻医には、単に症例を経験するだけでなく、それを深める姿勢が求められます。この力は、将来的に生涯学習を継続するうえで非常に重要です。

1. 教育活動（必須）
2. 臨床研修医や医学部学生への指導
3. 後輩専攻医への指導
4. 医療スタッフへの敬意を持った関わりと指導
5. 学術活動
6. 内科系の学術集会や講習会等に年 2 回以上参加すること（必須）
7. 例：日本内科学会の生涯教育講演会、年次講演会、CPC、各内科系サブスペシャルティ学会の企画など
8. 経験症例に基づく文献検索や症例報告の作成
9. クリニカルクエスチョンに基づく臨床研究の実施
10. 内科学に関連する基礎研究の実施

※上記 5〜7 のいずれかについて、筆頭発表者または筆頭著者として、学会・論文発表を 2 件以上行うことが求められています。

専門研修の方法

臨床現場での学習

① 各診療科や内科合同カンファレンスに参加することで、病態や診断プロセスへの理解を深め、複数の視点や最新の医学情報を学びます。
また、プレゼンターとして発表する機会を通じて、情報検索力やプレゼンテーションスキル、コミュニケーション能力を高めていきます。

② 初診を含む外来診療の担当医としての経験を積み、診断から治療・経過観察までの一連のプロセスを身につけます。

③ 救急外来や当直業務を通じて、内科領域の急性疾患への対応経験を積むことも重要です。

臨床現場を離れた場での学習（各専門医制度で必須とされる内容）

以下のような項目については、抄読会、学会、講習会、JMECC などの研修機会を通じて学びます。

1）内科における救急対応

2）最新のエビデンス、病態理解、治療法の理解

3）標準的な医療安全・感染対策

4）医療倫理、臨床研究、利益相反に関する基礎知識

5）専攻医の指導・評価方法に関する知識

これらの学習は、CPC（臨床病理検討会）への参加や、JMECC（内科救急講習会）などのシミュレーショントレーニングによっても行われます。JMECC は、手技の習得だけでなく、チーム医療を実践するためのトレーニングとしても役立ちます。

なお、医療倫理・医療安全・感染対策に関する講習については、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 2 回以上受講することが求められています。

自己学習

カリキュラムでは、学習内容ごとに到達レベルを以下のように定めています。

- 知識の到達レベル
  - A：病態の理解とあわせて深く理解している
  - B：概念を理解し、その意味を説明できる
- 技術・技能の到達レベル
  - A：複数回の経験を通じて、安全に実施・判定できる
  - B：少数の経験だが、指導者の立ち会いのもと安全に実施・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
- 症例経験の到達レベル
  - A：主担当医として直接経験した
  - B：チーム医療や検討会などを通じて間接的に経験した
  - C：講義・セミナー・学会によ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

たとえ実際の診療経験がなくても、学ぶべき内容が明示されている項目については、自己学習を通じて理解を深めていく必要があります。

具体的には、以下のようなリソースが活用できます：

・内科系学会が提供するセミナーの DVD やオンデマンド配信

・日本内科学会雑誌の Multiple Choice Questions（MCQ）

・日本内科学会によるセルフトレーニング問題集

これらを日常的に活用することで、効率的かつ継続的な学習が可能になります。

専門研修中の年度ごとの知識・技能・態度の修練プロセス

（※詳細は最終ページの別表をご参照ください）

内科専門研修では、学ぶ範囲が非常に広く、多くの臓器や疾患にわたります。
また、どの臓器系の専門分野から研修をスタートするかは、専攻医一人ひとりの研修プログラムによって異なります。

そのため、知識・技能・態度の習得（修練）については、年度ごとに大まかな目安として以下のように設定されています。この修練プロセスを参考にしながら、個々の研修進度に応じた学習計画を立て、バランスよく知識・技能・態度を伸ばしていくことが重要です。

● 専門研修 1 年目

- 症例経験
  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、その内容を J-OSLER に登録します。登録された症例は、各症例指導医が内容を評価・承認します。また、病歴要約を 10 編以上登録し、担当指導医による評価を受けます。
- 技能の習得
  研修中の疾患に対して、診断と治療に必要な身体診察、検査所見の解釈、治療方針の決定を、指導医と一緒に行えるようになることを目指します。
- 態度の評価
  専攻医は、自己評価に加えて、指導医や多職種スタッフによる 360 度評価を複数回受けます。その評価内容について、担当指導医からフィードバックを受け、今後の改善につなげます。

● 専門研修 2 年目

- 症例経験
  通算で 45 疾患群以上の症例を経験し、J-OSLER に登録します。また、専門研修修了要件として定められた病歴要約 29 編すべてを J-OSLER に登録し、担当指導医の評価を受けます。
- 技能の習得
  1 年目と同様の診療技術について、今度は指導医の監督のもと、自ら主体的に判断・実施できるようになることが求められます。

・ 態度の評価
引き続き 360 度評価を受け、1 年次の評価に対して自ら振り返り、行動改善が図られているかを、指導医が確認・指導します。

● 専門研修 3 年目

・ 症例経験
最終年度には、カリキュラムに定められた全 70 疾患群を主担当医として経験することを目標とし、合計 200 症例以上の経験を目指します。修了要件としては、56 疾患群以上・120 症例以上の主担当経験が必要であり、J-OSLER に登録しなければなりません（外来症例は最大 10%まで含むことが可能です)。既に 2 年次までに登録済みの病歴要約については、プログラム内での一次評価を経て、日本内科学会の二次評価査読委員による査読を受けます。内容が不十分な場合は、受理されないこともありますが、査読者の評価をもとに、形成的（建設的）なフィードバックを受けながら、質の高い改訂が求められます。

・ 技能の習得
内科全般における診断・治療に関する、身体診察、検査所見の解釈、治療方針の決定を自立して行えることが求められます。

・ 態度の評価
前年同様、自己評価と 360 度評価を複数回受けます。2 年次のフィードバックを踏まえた成長や改善の有無を、指導医が面談などを通じて確認します。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・自己学習能力が備わっているかについても評価されます。

[ここに入力]

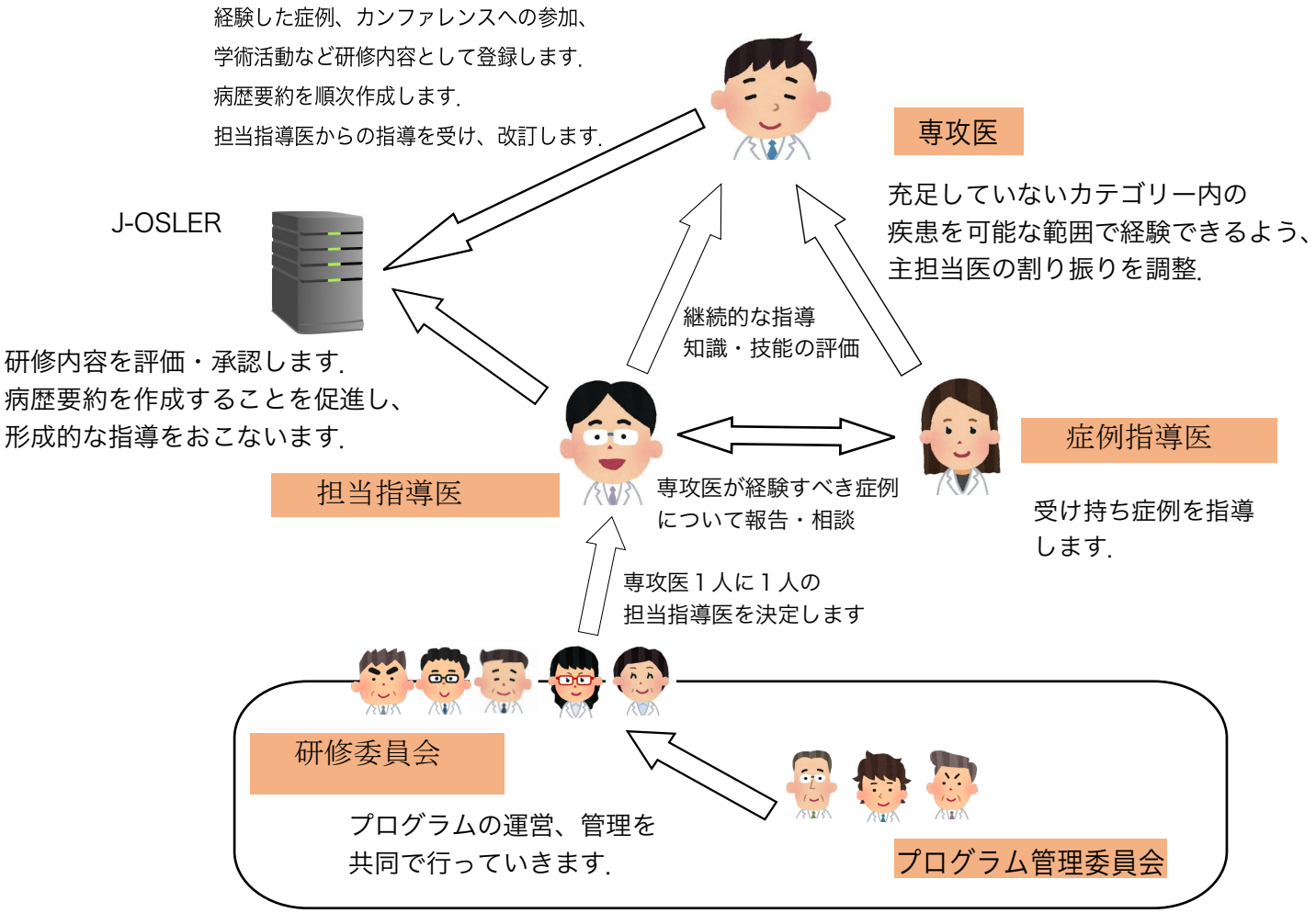
専門研修の評価

評価の体制

【整備基準 17, 19～22, 41, 42】

本プログラムの主役は２年間の初期研修を終えた内科専攻医です.

専攻医の指導・評価、プログラムの運営に関わる、担当指導医（いわゆるメンター）、症例指導医、研修委員会、プログラム管理委員会、J-OSLER の関係性を以下に図示します.



表記の都合上、上図には専攻医から指導医など上級医へ向けた矢印がありません. 実際には、専攻医と上級医、特に担当指導医とは密にコミュニケーションをとる必要があり、双方向のやりとりとなります. また指導医やプログラムは専攻医から逆評価されます. 評価を受けて改善していくことで、専攻医だけでなく、指導医、プログラムそして病院全体の質的向上を目指します.

［ここに入力］

評価

【整備基準 17-22】

① 形成的評価（Formative Assessment）

i. **フィードバックの方法とシステム**

形成的評価とは、研修期間中に行う評価のことを指します。これは、専攻医の研修記録に対して指導医が評価を行い、フィードバックを提供することで、専攻医の成長を支援することを目的としています。

専門研修では、基幹施設・連携施設・特別連携施設をローテーションしながら各分野を学んでいくため、3 年間を通じた継続的な研修記録と状況の把握が不可欠です。

この目的のために、日本内科学会が構築した**「J-OSLER」**（研修・評価システム）が活用されます。専攻医、指導医、病歴要約二次評価査読委員など、システムの利用者は、日本内科学会が定めるルールに基づいて J-OSLER を使用します。

- 専攻医は、日常診療を通じて得た研修経験を Web 上の J-OSLER に登録し、指導医はその内容を確認して、フィードバックと承認を行います。これらの作業は随時行い、研修の進捗を記録します。
- 年に複数回、自己評価・指導医による評価・多職種による 360 度評価が行われます。評価結果は J-OSLER に集計され、担当指導医からフィードバックを受けることで、専攻医の行動改善が促されます。
- 専攻医は、専門研修 2 年次終了時までに 29 編の病歴要約を順次作成・登録します。これらは、プログラム内の病歴指導医、および日本内科学会の病歴要約二次評価査読委員によって評価・フィードバックが行われ、専門研修 3 年次修了時までに全件が受理されるよう改訂を重ねていきます。　これにより、病歴記載能力が段階的に深まります。
- 各施設の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、J-OSLER の内容をもとに専攻医の研修進行を確認し、適切な助言や必要に応じた研修内容の修正を行います。

---

ii. **指導医層のフィードバック手法の学習（Faculty Development）**

指導の質を標準化し高めていくために、厚生労働省が実施する「指導医講習会」への参加が推奨されています。この講習では、効果的なフィードバック技法や研修管理の方法などが学べます。

② 総括的評価（Summative Assessment）

i. **評価項目・評価基準と実施時期**

- 担当指導医は、J-OSLER を使用して、症例経験や病歴要約の内容を確認・指導・評価・承認を行います。
  各年次で求められる到達目標は以下のとおりです：

  1 年目終了時：70 疾患群のうち 20 疾患群以上を経験、病歴要約を 10 編以上を登録

  2 年目終了時：70 疾患群のうち 45 疾患群以上を経験、病歴要約 29 編すべてを登録

  3 年目終了時：70 疾患群のうち 56 疾患群以上を経験・登録
  これらの進捗状況については、各年次で指導医が評価を行い、J-OSLER 上で承認します。進捗が遅れている場合は、専攻医と担当指導医が面談し、その後、施設の研修委員会およびプログラム管理委員会にて対応が検討されます。
- 内科のサブスペシャルティ領域をローテーションする際は、各ローテーション先の指導医が終了時に J-OSLER を用いて評価を行い、研修態度や全人的医療の実践、医師としての姿勢などについてフィードバックを行います。
- 360 度評価（多職種による評価）は、年に複数回実施され、J-OSLER を通じて評価・フィードバックが行われます。

---

ii. 評価の責任体制

各分野での評価は、ローテーション先の担当指導医が実施します。

その評価内容は、基幹施設または連携施設の研修委員会で検討されたうえで、プログラム管理委員会でさらに協議され、
最終的には統括責任者が修了を承認します。

---

iii. 修了判定のプロセス（※詳細は最終ページの別表を参照）

(1). 担当指導医による確認内容

- 主担当医として 70 疾患群すべてを経験し、200 症例以上の症例を経験することを目標とします（外来症例は最大 20 症例まで含可）。ただし、修了認定に必要なのは 56 疾患群以上、120 症例以上の経験です（外来症例は 10%まで含むことが可能です）。
- 病歴要約 29 編については、すべて査読を経て受理（accept）されていることが必要です。
- J-OSLER 上に登録された 360 度評価および専攻医評価を参照し、医師としての適性を総合的に判断します。
- その他も含め以下の事項が必要となります。

  1. 主担当医としてカリキュラムに定める全 70 疾患群の全てを経験し、計 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。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 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（最終頁 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. 内科系の学術集会や企画に参加すること。
5. JMECC の受講
6. 医療倫理・医療安全・感染対策に関する講習会については、それら任意の異なる組み合わせにより、年 2 回以上の受講が必要。
7. 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。

(2). 最終判定

上記の要件をすべて満たしているかを、プログラム管理委員会で合議し、統括責任者が最終的な修了判定を行います。

---

iv. 多職種による評価（360 度評価）

多職種による評価では、専攻医の社会人としての適性、医師としての倫理性、コミュニケーション力、チーム医療への貢献度などが評価されます。評価は無記名方式で、各施設の研修委員会が責任を持って、2〜5 名の異なる職種のスタッフに依頼して行います。評価結果は、担当指導医が取りまとめて J-OSLER に登録します（他職種がシステムへ直接アクセスすることはありません)。評価に基づいて、担当指導医がフィードバックを行い、専攻医に改善を促します。改善状況を確認するため、年に複数回の形成的評価が行われます。

※複数の施設をローテートする場合は、各施設での評価をそれぞれ実施することが望まれます。

これらの結果をもとに、修了判定時に医師としての社会的適性を判断する材料とします。

研修の体制

【整備基準 34-40】

① 専門研修プログラムの管理運営体制の基準

プログラム管理委員会と統括責任者の設置

基幹施設では、専攻医の研修を一元的に管理するために「プログラム管理委員会」を設置し、その運営を担う「プログラム統括責任者」を任命します。
統括責任者は、プログラムの適切な運営と継続的な改善（進化）に責任を負う立場です。

さらに、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ごとに「施設研修委員会」を設け、その委員長が各施設の研修状況を統括します。

---

② 基幹施設の役割

基幹施設は、施設群全体を統括する中核的な機能を担います。
以下のような役割があります：

- 研修プログラム管理委員会を通じて、研修の進行管理や修了判定を実施します。
- 各施設での診療実績や研修内容を検証し、プログラム全体として必要な改善や方針を決定します。
- 指導医講習会や、連携施設では開催が難しい JMECC や CPC などの講習会の開催を担います。

---

③ 専門研修指導医の基準

指導医は、以下の日本内科学会が定める基準を満たすことが求められます。

【必須要件】

1. 内科専門医の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を筆頭著者または責任著者として発表している、あるい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臨床経験があること

【選択要件（以下のいずれかを満たす）】

1. CPC（臨床病理検討会）、CC（クリニカルカンファレンス）、学術集会などにおいて主導的に関与・参加していること
2. 日本内科学会での教育活動（例：病歴要約の査読、JMECC インストラクターなど）に従事していること

これらを満たしたうえで、各プログラム管理委員会の推薦を受けて審査に合格した者が、正式に内科指導医として認定されます。

※なお、過渡期措置として、既に総合内科専門医の資格を有し、指導・診療実績がある医師については、指導医としての登録が認められます。
また、コロナ禍を踏まえて、移行期間（2027 年度まで）に限り、従来の日本内科学会指導医も指導医とみなされます。

---

④ プログラム管理委員会の役割と権限

プログラム管理委員会の主な役割は以下のとおりです：

- プログラムの作成および改善
- CPC や JMECC などの教育プログラムの開催
- 適切な評価体制の構築と保証
- J-OSLER を活用した修了判定の実施
- 各施設の研修委員会に対して、進捗状況の把握、問題抽出・解決、指導医への助言など、教育全体の最終責任を担います。

---

⑤ プログラム統括責任者の役割

【役割・権限】

- プログラム管理委員会を主宰し、プログラムの設計・改善を統括
- 各施設の研修委員会を統括・監督
- 専攻医の採用および修了判定の責任者
- 指導医の選定・管理・育成を担う

---

⑥ 連携施設での委員会組織

連携施設でも、必ず施設研修委員会を設置し、委員長（指導医）を 1 名置くことが求められます。この委員長は、上部組織である基幹施設のプログラム管理委員会の委員として活動し、施設間の連携のもとで研修運営に関与します。

---

⑦ 労働環境・安全・勤務条件

研修施設は、労働基準法および医療法を遵守し、専攻医の心身の健康に十分に配慮した研修環境を整備する責任があります。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します。

[ここに入力]

研修施設群

【整備基準 27】

研修は当プログラムの施設群で行われます.

基幹施設（東京新宿メディカルセンター）について

内科領域では、多岐にわたる疾患群を経験するための研修は必須です.

東京新宿メディカルセンターは地域の中心的な急性期病院の一つであるとともに、地域の病診・病病連携の中核です. 地域に根ざす第一線の病院でもあり、コモンディジーズの経験はもちろん、超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験もでき、高次病院や地域病院との病病連携や診療所（在宅訪問診療施設などを含む）との病診連携も経験できます.

また、臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を身につけます.

下表は当院の 2019 年度の診療科別診療実績です. 2020 年度からは膠原病内科の指導医も常勤となっており、膠原病内科の症例も豊富になっています.

外来患者診療を含めることで内科 70 疾患群をほぼ経験することができます.

また内科領域の剖検検体数は例年１０体を超え、症例の診療経験も含め、予定する専攻医数（１学年あたり３人）に対して充分な実績があります.

また当院では、消化器、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓の領域において、専門医取得に向けた Subspecialty 研修を行うことが可能です.

東京新宿メディカルセンター内科　診療科別診療実績（2019 年度）
*2020 年度以降は COVID-19 の影響があるため、2019 年度のデータとしています

	入院患者実数 (人/年)	外来延患者数 （人/年）
内科	1042	10093
消化器内科	555	16810
循環器内科	495	15523
糖尿病・内分泌内科	146	10339
腎臓・代謝内科	145	6215
呼吸器内科	373	11738
血液内科	205	3304

[ここに入力]

脳神経内科	302	2194
緩和ケア内科	56	112
合計	3319	76328

連携施設・特別連携施設について

連携施設、特別連携施設には、内科専攻医の多様な希望・将来性に対応し，地域医療や全人的医療を組み合わせて、急性期医療、慢性期医療および患者の生活に根ざした地域医療を経験できることを目的に、高次機能・専門病院である東京大学医学部附属病院、東京医科大学病院、千葉大学医学部付属病院、北里大学病院、横浜市立大学附属病院、自治医科大学附属さいたま医療センター、地域基幹病院である東京山手メディカルセンター、JR 東京総合病院、三井記念病院、日本赤十字医療センター、関東中央病院、横浜市立大学附属市民総合医療センター、船橋市立医療センター、船橋中央病院、埼玉メディカルセンター、上尾中央総合病院、済生会川口総合病院、さいたま市民医療センター、関東労災病院、虎の門病院分院および地域医療密着型病院・診療所である東京高輪病院、東京城東病院、聖母病院、保土ケ谷中央病院、湯河原病院、コンフォガーデンクリニック、新宿ヒロクリニック および循環器領域に特化された榊原記念病院で構成しています.

高次機能・専門病院では、高度な急性期医療、より専門的な内科診療、希少疾患を中心とした診療経験を研修し、臨床研究や基礎的研究などの学術活動の素養を身につけます．地域基幹病院では、東京新宿メディカルセンターと異なる環境で、地域の第一線における中核的な医療機関の果たす役割を中心とした診療経験をより深く研修します．また臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を積み重ねます．地域医療密着型病院・診療所では、地域に根ざした医療、地域包括ケア、在宅医療などを中心とした診療経験を研修します.

i. 研修施設の選択

研修施設の選択は専攻医 1 年目の 11 月ごろを予定しています.

ii. 研修施設群の地理的範囲

当院は、周辺に大学病院や中核病院となり得る規模の大きな病変が複数あり、医療の環境としては恵まれたものがあります．湯河原病院以外は当院から公共の交通機関を利用して 1 時間 30 分以内の範囲にあり、ほぼ同様の環境にあります．一方で、地域に根ざした研修を目指すためには、医療資源が限られた環境を経験することも必要と考えます．湯河原病院はこの目的のために最適な環境・規模にあり、かつ適切な指導体制を有しています。

[ここに入力]

連携施設一覧

連携施設	東京大学医学部附属病院 東京医科大学病院 千葉大学医学部付属病院 北里大学病院 横浜市立大学附属病院 自治医科大学附属さいたま医療センター	大学病院では高度な急性期医療、より専門的な内科診療、希少疾患を中心とした診療経験を研修し、臨床研究や基礎的研究などの学術活動の素養を身に付けられます. 専攻医３年目もしくは４年目で大学病院を選択した際には、サブスペシャルティの研修をより深く行うことができます.
	JCHO 東京山手メディカルセンター JR 東京総合病院 三井記念病院 日本赤十字医療センター 関東中央病院 横浜市立大学附属市民総合医療センター 船橋市立医療センター JCHO 船橋中央病院 JCHO 埼玉メディカルセンター 水戸済生会総合病院 上尾中央総合病院 済生会川口総合病院 さいたま市民医療センター 関東労災病院 虎の門病院分院	当院とほぼ同規模の市中病院ですが、異なる環境で、地域の第一線における 中核的な医療機関の果たす役割を中心とした診療経験をより深く研修します.
	JCHO 東京城東病院 JCHO 東京高輪病院 聖母病院 JCHO 保土ケ谷中央病院	当院より規模は小さいものの、地域に根ざした医療機関です。
	JCHO 湯河原病院	都内とは異なる環境で、地域の医療機関が果たす役割を研修できます。 リウマチ・膠原病の症例が豊富です.
特別	榊原記念病院	循環器内科のサブスペシャルティ研修が行えます

[ここに入力]

連携施設	コンフォガーデンクリニック 新宿ヒロクリニック	訪問診療を中心とした、地域に根ざした環境での研修を行います.

[ここに入力]

研修環境

【整備基準 23, 24, 40】

専攻医の就業環境の整備機能（労務管理）

労働基準法や医療法を順守することを原則とします.

専攻医は基幹施設である東京新宿メディカルセンターおよび連携施設もしくは特別連携施設の就業環境に基づき、就業します.

i. 基幹施設である東京新宿メディカルセンターの整備状況

- 臨床研修制度基幹型研修指定病院です.
- 研修に必要な図書室とインターネット環境があります.
- 当院シニアレジデントとして労務環境が保障されています.
- メンタルストレスに適切に対処する部署があります.
- ハラスメントに対しては相談担当者を選任し、相談・苦情を受け付けています.
- 女性専攻医が安心して勤務できるように、女性専用の当直室が整備されています.
- 敷地内に院内保育所はありませんが、専攻医の要望に応じて、終業時間の調整など専攻医が仕事と育児の両立をできるよう病院としてサポートします.

ii. 専門研修施設群の各研修施設の状況

特別連携施設であるコンフォガーデンクリニックと新宿ヒロクリニックには研修委員会および担当指導医は不在です. 両クリニックの医師と当院の研修委員会およびプログラム管理委員会が密に連絡を取りあり、研修が円滑に進むように配慮します.

iii. 研修施設の逆評価

専攻医および指導医は指導施設に対する評価も行い, その内容はプログラム管理委員会に報告されます. そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれ、適切に改善を図ります.

[ここに入力]

研修期間

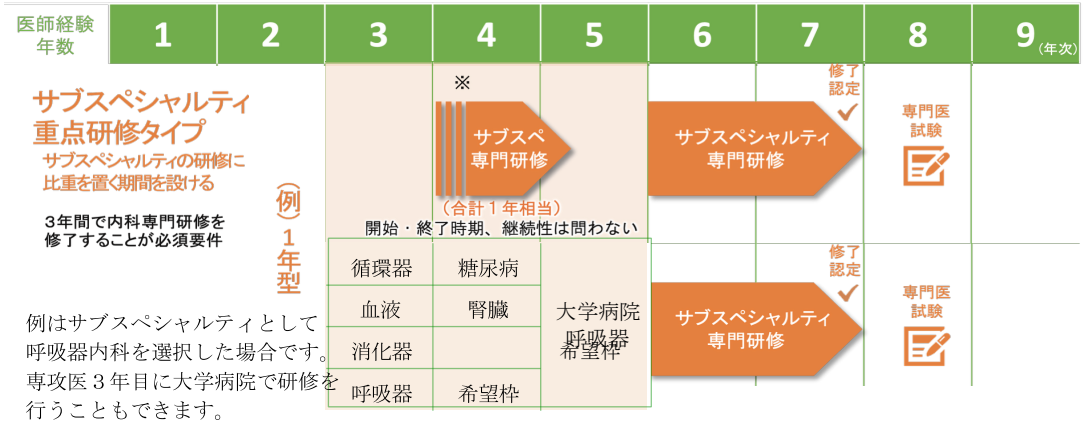
【整備基準 16】

研修期間は初期研修終了後からの３年間となります.

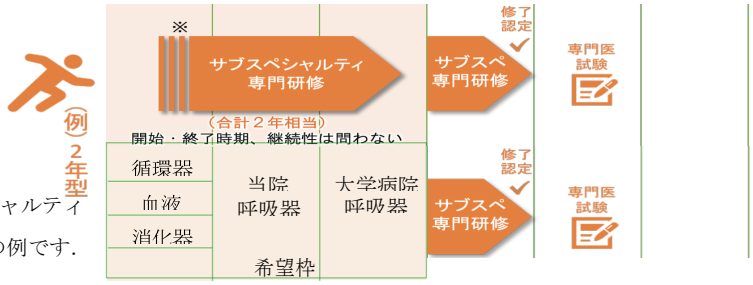
基本的には３年間の研修のうち、当院での研修が２年間となるプログラムになります.

基本領域である内科専門研修とサブスペシャルティ研修の連動研修（並行研修）の概念が内科学会より示されています. それに沿った研修プランのイメージを以下に示します.





例はサブスペシャルティとして呼吸器内科を選択した場合です。専攻医３年目に大学病院で研修を行うこともできます。



２年間をサブスペシャルティ研修にあてる場合の例です.

[ここに入力]



混合タイプは本来３年間のプログラムを４年間に延期することになります.

本タイプを希望される先生とは、専門研修開始時にまでに４年間に渡る調整を図ります.

どのような連動研修を行うかは、研修開始前までに協議の上決定します.
この３年間で研修する施設及びその期間は選択した連動研修プランやみなさんの希望もふまえ、研修委員会で決定します。
専攻医１年次は当院での研修を行いますが、その後の予定については専攻医１年次の秋頃に調整を行う予定です.

その際、以下の条件を満たす必要があります.

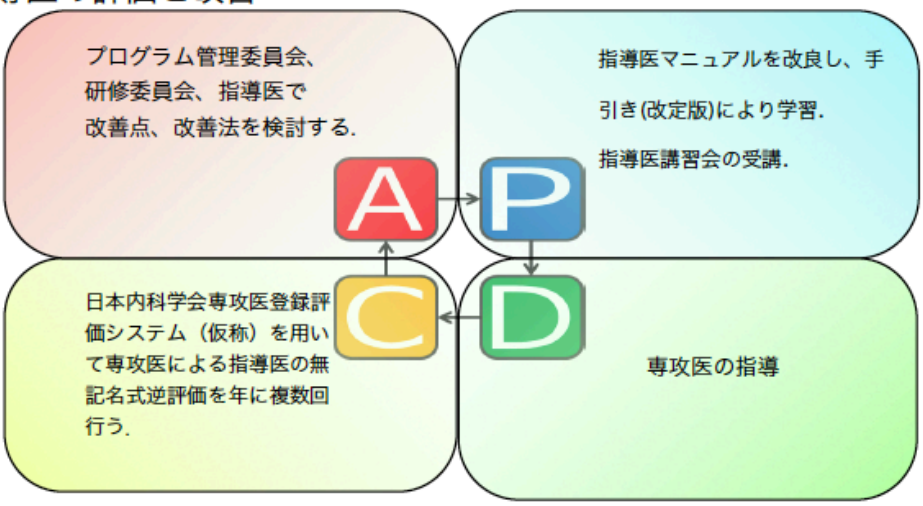
- 基幹施設（当院）での研修は連続６ヶ月以上かつ合計１年以上
- 関連施設および特別連携施設での研修は連続３ヶ月以上かつ合計１年以上
- 特別連携施設での研修は合計１年を超えない

プログラムの評価と改善

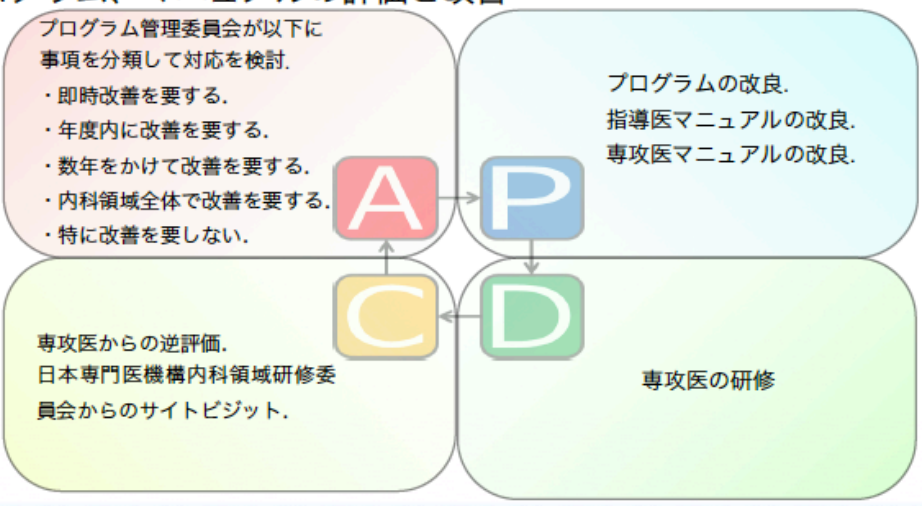
【整備基準 48-51】

新しいプログラムは、実際に運用が始まると、評価、改善が必要となります．PDCA サイクル（Plan ⇒ Do ⇒ Check ⇒ Act ⇒）を用いて、指導医および
プログラム、マニュアルの評価、改善について示します．

指導医の評価と改善



プログラム、マニュアルの評価と改善



補足

【整備基準 33】

内科専門研修の休止・中断・プログラム移動，プログラム外研修の条件

i. 内科領域内でのプログラム移動

やむを得ない事情により、内科領域内で別の専門研修プログラムへ移動する必要が生じた場合でも、J-OSLER を活用することで、これまでの研修内容が可視化され、研修の継続がスムーズに行える仕組みが整っています。

移動前に行った研修内容が J-OSLER に記録されていることで、移動先のプログラムでも研修の進捗状況が把握できます。

この情報をもとに、移動前後の両プログラム管理委員会が連携し、継続研修の認証（相互承認）を行うことで、研修が中断されずに続けられます。

---

ii. 他領域からの移行や、初期研修の実績の取扱い

以下のようなケースでも、一部の症例経験が内科専門研修の実績として認められる可能性があります：

- 他の専門研修を修了後に、内科専門研修を新たに開始する場合
- 初期臨床研修中に、内科専門研修に相当する実践的な内科研修を行った場合

その際には、以下の条件を満たすことが必要です：

- 症例経験の記録（根拠資料）を担当指導医に提示すること
- 担当指導医がその経験を内科専門研修としてふさわしいと判断すること
- プログラム統括責任者が正式に承認すること

これらの条件を満たした場合に限り、J-OSLER への登録が認められます（ただし、修了要件の最大半数までが上限です）。
その症例が適切かどうかの最終判断は、日本専門医機構内科領域研修委員会が行います。

---

iii. 休職の取り扱い（出産・育児・留学・療養等）

特定の理由による休職（例：海外留学、妊娠・出産・育児、病気療養、介護、災害など）に関しては、以下のように取り扱われます：

- 休職期間が 6 か月以内であり、その他のプログラム修了要件を満たしている場合は、研修期間の延長は必要ありません。
- 6 か月を超える休職となった場合は、研修期間の延長が必要になります。

---

iv. 時短勤務の取り扱い

勤務時間が週 31 時間未満となる場合は「時短勤務」として扱われ、この場合は、別途定められた『内科領域カリキュラム制（単位制）による研修制度』が適用されます。

この制度を用いることで、短時間勤務でも研修期間として換算することが可能です。

ただし、週 31 時間以上のフルタイム勤務と比較すると、有効な研修期間は短くなる点に留意が必要です。

専攻医の募集と採用

【整備基準 27】

募集可能な内科専攻医数は１学年 ３名とします.

本プログラム管理委員会は，準備が出来次第、基幹病院である当院のホームページ上で、プログラムの公開及び専攻医応募の告知をします.

翌年度のプログラムへの応募者は，日本専門医機構の専攻医登録システムを用いて、登録を行います.

本プログラム管理委員会は、採用期間内に臨時委員会を開催し、協議の上で採否を決定し，専攻医登録システムを通じて採否の通知をします.

(問い合わせ先)

独立行政法人地域医療機能推進機構
東京新宿メディカルセンター
総務企画課長　伊東 久寿
〒１６２－８５４３

東京都新宿区津久戸町５番１号

ＴＥＬ 03-3269-8111
ＦＡＸ 03-3260-7840
E-mail: itou-hisatoshi@shinjuku.jcho.go.jp

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。

JCHO 東京新宿メディカルセンター

内科専門研修プログラム

専攻医研修マニュアル

目次

1. 専門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
2. 専門研修の期間
3. 研修施設群の各施設名
4. プログラムに関わる委員会と委員、および指導医名
5. 各施設での研修内容と期間
6. 本整備基準とカリキュラムに示す疾患群のうち主要な疾患の年間診療件数
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
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
9. プログラム修了の基準
10. 専門医申請にむけての手順
11. プログラムにおける待遇、ならびに各施設における待遇
12. プログラムの特色
13. 継続した Subspecialty 領域の研修の可否
14. 逆評価の方法とプログラム改良姿勢
15. 研修運営上で発生した問題への対応
16. その他

１．専門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

内科専門医の関わる場としては、以下のものが想定されます。

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 病院での総合内科（Generality）の専門医：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：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。

これら以外にも大学院などでの研究や、海外留学なども選択肢となりえます。それぞれのキャリア形成やライフステージ、あるいは医療環境によって、求められる内科専門医像は単一ではありません。本プログラムによる研修を経て、可塑性のある幅広い内科専門医の輩出を目指します。

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3年間の専門研修で育成されます。

３．研修施設群の各施設名

① 基幹施設　東京新宿メディカルセンター

② 連携施設

東京大学医学部附属病院、東京医科大学病院、千葉大学医学部付属病院、北里大学病院、横浜市立大学附属病院、自治医科大学附属さいたま医療センター、東京山手メディカルセンター、JR 東京総合病院、三井記念病院、日本赤十字医療センター、関東中央病院、横浜市立大学附属市民総合医療センター、船橋市立医療センター、船橋中央病院、埼玉メディカルセンター、上尾中央総合病院、済生会川口総合病院、さいたま市民医療センター、関東労災病院、虎の門病院分院、水戸済生会総合病院、前橋赤十字病院、東京城東病院、東京高輪病院、聖母

病院、保土ヶ谷中央病院、湯河原病院

③　特別連携施設

榊原記念病院、新宿ヒロクリニック、コンフォガーデンクリニック

4．プログラムに関わる委員会と委員、および指導医名

①　プログラム管理委員会

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東京新宿メディカルセンターに設置し、指導医の中から委員長と複数名の管理委員を選任します。

②　研修委員会

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。

③　指導医一覧

氏名	専門	役職
大瀬　貴元	腎臓	主任部長
森下　慎二	消化器	部長
藤江　肇	消化器	部長
大坂　学	血液	部長
清水　秀文	呼吸器	部長
黒川　隆史	脳神経	部長
齊藤　哲也	循環器	医長
菊地　英豪	膠原病	医長
谷地　繊	循環器	医長
楢崎　容史	循環器	医長
神田　周平	糖尿病・内分泌	医長
木原　俊裕	消化器	医長
佐藤　弘典	循環器	医長
中村　昭子	脳神経	医員
秋山　啓輔	血液	医員
小島　弘	呼吸器	医員
柳澤　麻子	呼吸器	医員
浅井　玄樹	消化器	医員

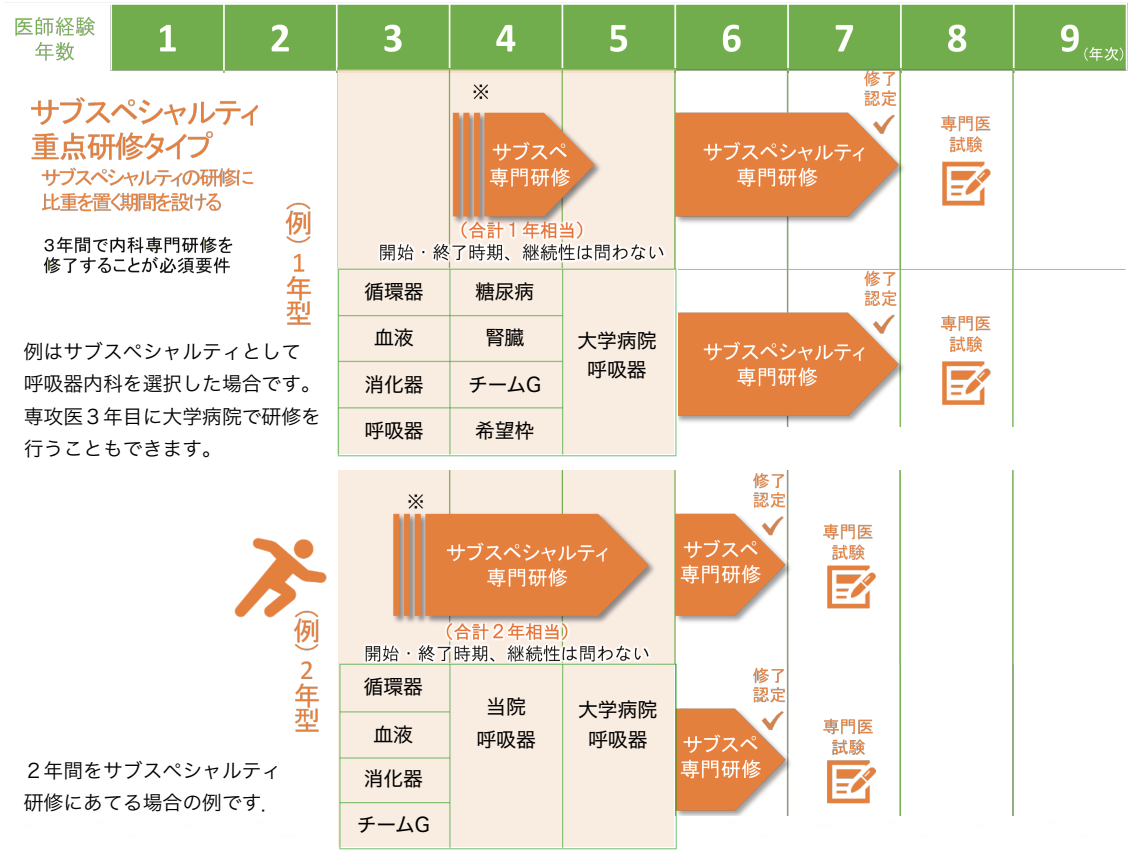
横山　　尚佑	脳神経	医員
牧野　　晴斐	血液	医員

５．各施設での研修内容と期間

基幹施設である東京新宿メディカルセンターで計２年間、連携施設および特別連携施設で計１年間の計３年間の研修を基本とします。

専攻医１年目の秋に、専攻医の希望・将来像、メディカルスタッフによる360度評価などを基に、専攻医２年目以降の研修施設を調整し、決定します。







6．本整備基準とカリキュラムに示す疾患群のうち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、各内科診療科における疾患群別の入院患者数を調査し、ほぼ全ての疾患群が充足されることがわかっています。

膠原病領域の入院患者は少なめですが、外来患者を含め１学年３～５名に対して十分な症例を経験可能です。

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

- 基幹病院である東京新宿メディカルセンターでの研修は、各内科 Subspecialty をローテーションする形をとりますが、Subspecialty に拘泥せず、領域横断的に患者を受け持ちます。主担当医として担当し、入院から退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。
- 専攻医１人あたりの受持ち患者数は、受持ち患者の重症度などを加味して、担当指導医、Subspecialty 上級医の判断で 10 名程度を受持ちます。
- 連携施設、特別連携施設での研修に際しては、プログラム管理委員会を通じて、症例到達目標を達成できるように配慮します。

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

- 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J-OSLER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。

- 毎年 8 月と 2 月には自己評価と指導医評価、ならびに 360 度評価を行います。必要に応じて臨時に行うことがあります。評価終了後、1 か月以内に担当指導医からのフィードバックを受け、その後の改善を期して最善をつくします。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、担当指導医からのフィードバックを受け、さらに改善するように最善をつくします。
- 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 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。

9．プログラム修了の基準

以下の①～⑥の要件を満たしていることが必要です。

① 「研修手帳（疾患群項目表)」に定める全 70 疾患群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 症例の研修内容を経験し、その研修内容を J-OSLER に登録する。

② 病歴要約 29 症例が、内科専門医ボードによる査読・形成的評価後に受理（アクセプト）されている。

③ 学会発表あるいは論文発表を筆頭者で 2 件以上ある。

④ JMECC 受講歴が 1 回ある。

⑤ 医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習会を年に 2 回以上受講歴がある。

⑥ J-OSLER を用いてメディカルスタッフによる 360 度評価と指導医による内科専攻医評価を参照し、社会人である医師としての適性があると認められる。

これらの要件が満たされていることを前提に、専攻医研修 3 年目の 3 月に J-OSLER を通して経験症例、技術・技能の目標達成度について評価を行います。

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。

１０．　専門医申請にむけての手順

J-OSLER 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 を参照してください。

- 専攻医は全 70 疾患群の経験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内科学会査読委員によるピアレビューを受け、指摘事項に基づいた改訂をアクセプト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。

〈注意〉「研修カリキュラム項目表」の知識、技術・技能修得は必要不可欠なものであり、修得するまでの最短期間は３年間とするが、修得が不十分な場合、修得できるまで研修期間を１年単位で延長することがあります。

１１．　プログラムにおける待遇、ならびに各施設における待遇

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、各研修施設の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。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。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

- 本プログラムは、東京新宿メディカルセンターを基幹施設として、様々な施設が連携施設・特別連携施設となっています。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ができます。
- 基幹施設である東京新宿メディカルセンターは、地域における病診・病病連携の中核であるとともに、地域に根ざす第一線の病院でもあり、コモンディジーズの経験はもちろん、超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験もでき、高次病院や地域病院との病病連携や診療所（在宅訪問診療施設などを含む）との病診連携も経験できます。
- 連携施設・特別連携施設には、大学病院、地域の中核病院、在宅診療中心のクリニックなどが含まれ、専攻医の希望・将来像に応じた研修が可能です。
- Subspecialty に重点をおいた研修も可能です。

１３．　継続した Subspecialty 領域の研修の可否

内科学における１３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、各 Subspecialty 領域に重点を置いた専門研修を行うことがありえます。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すす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

- 専攻医は J-OSLER を用いて無記名式逆評価を行います。逆評価は毎年 8 月と 2 月とに行います。その集計結果は担当指導医、施設の研修委員会、およびプログラム管理委員会が閲覧し、集計結果に基づき、東京新宿メディカルセンター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。
- 毎年３月には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．　研修運営上で発生した問題への対応

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場合の相談先は日本専門医機構内科領域研修委員会とします。

１６．　その他

2026 年 4 月時点では、基幹施設である東京新宿メディカルセンターで JMECC 講習を開催することはできません。連携施設である東京山手メディカルセンターもしくは内科学会主催の JMECC を専攻医２年目までに受講できるように配慮します。

JCHO 東京新宿メディカルセンター

内科専門研修プログラム

指導医マニュアル

目次

1. JCHO 東京新宿メディカルセンター内科専門研修プログラムにおいて期待される指導医の役割（P. 2）
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（P. 2）
3. 個別の症例経験に対する評価方法と評価基準（P. 3）
4. J-OSLER の利用方法（P. 3）
5. 逆評価と J-OSLER を用いた指導医の指導状況把握（P. 4）
6. 指導に難渋する専攻医の扱い（P. 4）
7. プログラムならびに各施設における指導医の待遇（P. 4）
8. FD 講習の出席義務（P. 4）
9. 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（P. 5）
10. その他（P. 5）

1．JCHO 東京新宿メディカルセンター内科専門研修プログラムにおいて期待される指導医の役割

- 専攻医１人に対して、指導医のうち１人が担当指導医となります。担当指導医は東京新宿メディカルセンター内科専門研修プログラム委員会により決定されます。
- １人の指導医は同時に３人の専攻医の担当指導医となることがあります（専攻医１年目から 3 年目にかけ、各年次で１人ずつの最大３人）。
- 担当指導医は、専攻医が web にて J-OSLER 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、J-OSLER での専攻医による症例登録の評価や研修委員会および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。専攻医は症例指導医と面談し、専攻医が経験すべき症例について報告・相談します。担当指導医と症例指導医は、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。
- 担当指導医は症例指導医と協議し、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、研修委員会およびプログラム管理委員会と協働して、3 か月ごとに J-OSLER 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 J-OSLER 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，研修委員会および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，研修委員会および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、研修委員会および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

- 担当指導医は症例指導医と十分なコミュニケーションを取り、J-OSLER での専攻医による症例登録の評価を行います。
- J-OSLER 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 J-OSLER での当該症例登録の削除、修正などを指導します。

４．J-OSLER 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内科学会査読委員によるピアレビューを受け、指摘事項に基づいた改訂を専攻医がアクセプト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。担当指導医と研修委員会および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、J-OSLER 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 J-OSLER を用いた指導医の指導状況把握

専攻医による J-OSLER を用いた無記名式逆評価の集計結果を、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します。集計結果に基づき、東京新宿メディカルセンター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、臨時で J-OSLER 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）を行います。その結果を基に東京新宿メディカルセンター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

東京新宿メディカルセンターおよび各施設の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、J-OSLER を用います.

9．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。

１０．　その他

特になし。