

全国土木建築国民健康保険組合
総合病院　厚生中央病院

内科専門医研修プログラム

目次

総合病院厚生中央病院内科専門医研修プログラムの概要
１．　理念・使命・特性
２．　内科専門医研修はどのように行われるのか
３．　専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
４．　各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
５．　学問的姿勢
６．　医師に必要な倫理性、社会性
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
８．　年次毎の研修計画
９．　専門研修の評価
10. 専門研修プログラム管理委員会
11. 専攻医の就業環境（労働管理）
12. 研修プログラムの改善方法
13. 修了判定
14. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
15. 研修プログラムの施設群
16. 専攻医の受入数
17. Subspecialty　領域
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
19. 専門研修指導医
20. 専門研修実績記録システム、マニュアル等
21. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）
22. 専攻医の採用と修了
23. 総合病院厚生中央病院内科専門医研修プログラム（「専攻医研修マニュアル Ver2」）
24. 総合病院厚生中央病院内科専門医研修プログラム（「指導者マニュアル Ver2」）

総合病院厚生中央病院内科専門医研修プログラムの概要

全国土木建築国民健康保険組合の直営病院として、同組合被保険者ならびに地域の人々の健康と福祉に貢献することを目的に昭和 34 年 5 月に開設された。開設当初は、地下１階、地上 6 階の建物で、診療科は内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、皮膚科、泌尿器科、眼科、及び放射線科の９科を有する総合病院として発足した。その後、患者数の増加に伴い逐年病床を増床するほか設備、器機の充実を図ると共に事業の拡張を図ってきたが、建物、設備の老朽化が進んだため、昭和 63 年東京都の恵比寿地区における整備計画に協力する形で隣接地に新病院を建設することになった。

新しく生まれ変わった病院は、目覚ましい変化を遂げた山の手「恵比寿」の地に平成 4 年 6 月装いも新たに 320 床、15 科（現 18 科）を備える病院として開院した。地下 2 階、地上 8 階の建物は、旧病院の約 2 倍の床面積となり近代的な設備、器機を揃え放射線治療も可能となった。平成 16 年 4 月に管理型臨床研修指定病院の認定を受け、若き医師の育成にも携わっている。令和 5 年 2 月には日本医療機能評価機構から５回目の施設認定を受けている。現在、地域中核の急性期病院として、地域の人々から頼られ、信頼される病院を創ることに努力している。

地域の患者さんから選ばれるために「地域の人々が身近に感じられる病院」、「高齢化社会に適応した急性期病院」を目指し、職員から選ばれるために「職員の研修研究活動を積極的に支援」し「公明正大で隠さない文化を根付かせる」ことを大切にしている。

病院施設：全国土木建築国民健康保険組合直営病院
病 院 長：河島　尚志
住　　所：東京都目黒区三田 1－11－7

１）病床数 320 床：
一般病床 257 床（7:1 看護体制）、包括ケア病床 45 床、ドック病床 18 床
外来患者数（2024 年度平均 430.6 名/日）、入院患者数（2024 年度平均 210.2 名/日）
２）医師数：初期研修医含め 79 名（令和７年４月現在）
３）診療科 18 科：
総合内科（血液内科、呼吸器内科、神経内科、腫瘍内科、リウマチ膠原病内科、内分泌内科）、消化器外科（消化器病センター外科）、消化器内科（消化器病センター内科）、循環器内科、皮膚科、呼吸器・乳腺外科、眼科、耳鼻咽喉科、小児科、産婦人科、整形外科、泌尿器科、脳神経外科、麻酔科、診療放射線科、メンタルヘルス科、形成外科
４）施設基準（基本診療科）：
①　医療 DX 推進体制整備加算
②　急性期一般入院料 1
③　救急医療管理加算

④　超急性期脳卒中加算
⑤　診療録管理体制加算 1
⑥　医師事務作業補助体制加算 1（75 対 1）
⑦　急性期看護補助体制加算（25 対 1 看護補助者 5 割以上）
⑧　夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算
⑨　夜間看護体制加算
⑩　看護補助体制充実加算 2
⑪　看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1
⑫　無菌治療室管理加算 1
⑬　無菌治療室管理加算 2
⑭　緩和ケア診療加算
⑮　栄養サポートチーム加算
⑯　医療安全対策加算 1
⑰　医療安全対策地域連携加算 1
⑱　感染対策向上加算 1
⑲　ハイリスク妊娠管理加算
⑳　ハイリスク分娩管理加算
㉑　後発医薬品使用体制加算 1
㉒　バイオ後続品使用体制加算
㉓　病棟薬剤業務実施加算 1
㉔　データ提出加算 2
㉕　入退院支援加算 1 入院時支援加算
㉖　認知症ケア加算 1
㉗　せん妄ハイリスク患者ケア加算
㉘　排尿自立支援加算
㉙　地域医療体制確保加算
㉚　地域包括ケア病棟入院料 2

５）学会認定施設（内科系）
①　日本内科学会認定医制度教育関連病院
②　日本老年医学会認定研修施設
③　日本外科学会認定医制度修練施設
④　日本消化器外科学会専門医修練施設
⑤　日本整形外科学会認定医制度研修施設
⑥　日本脊椎脊髄病学会認定施設
⑦　日本手外科学会認定研修施設
⑧　日本麻酔科学会認定指導病院
⑨　日本消化器病学会認定施設
⑩　日本消化器内視鏡学会認定指導施設

⑪　日本循環器科学会認定循環器専門医研修施設
⑫　日本眼科学会専門医制度研修施設
⑬　日本泌尿器科学会専門医教育施設
⑭　日本産科婦人科学会専門医制度専攻医指導施設
⑮　日本皮膚科学会認定専門医研修施設
⑯　日本耳鼻咽喉科学会専門医研修施設
⑰　日本大腸肛門病学会専門医修練施設
⑱　日本呼吸器学会認定施設
⑲　日本がん治療認定研修施設
⑳　日本臨床腫瘍学会認定研修施設
㉑　日本神経学会専門医制度認定准教育施設
㉒　日本血液学会認定血液研修施設
㉓　日本臨床細胞学会教育研修施設
㉔　日本消化管学会胃腸科指導施設
㉕　日本乳癌学会関連施設

６）主な設備

MRI、マルチスライスヘリカルCT装置、放射線治療装置、RI、多目的血管連続撮影装置、骨塩量測定装置、乳房撮影装置、心臓及び多目的超音波診断装置、高気圧酸素治療装置、分娩監視装置、HCU患者監視装置、各種ファイバースコープ設備、尿自動分析装置、血球アナライザー、オートアナライザー　ほか

1　理念・使命・特性

理念【整備基準 1】

1）本プログラムは、全国土木建築国民健康保険組合が運営する東京都目黒区に立地する総合病院厚生中央病院を基幹施設として、新宿区・目黒区・品川区地域にある連携施設とで内科専門研修を経て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、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おこなって内科専門医の育成を行う。

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（原則として、基幹施設 2 年間＋連携施設 1 年間）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する。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応用力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ある。

使命【整備基準 2】

1）内科専門医として、⑴高い倫理観を持ち、⑵最新の標準的医療を実践し、⑶安全な医療を心がけ、⑷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う。

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、日本国民に生涯にわたって最善の医療を提供する基盤となる研修を行う。

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。

特性

1）本プログラムは、東京都の総合病院厚生中央病院を基幹施設として、東京都区西南部医療圏、近隣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 期間は原則基幹施設 2 年間＋連携施設 1 年間の 3 年間である。

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する。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する。

3）基幹施設である総合病院厚生中央病院および連携施設での 2 年間（専攻医 2 年修了時点）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可能となる。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する。

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、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る体制を順守する。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する。

専門研修後の成果【整備基準：３】

1）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する。

2）内科系急性・救急疾患に対してトリアージを含めた適切な対応が可能な、地域での内科系救急医療を実践する。

3）病院での内科系診療で、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する。

4）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 として診療を実践する。

2　内科専攻医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る。

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方針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する。具体的な評価方法は後の項目で記述する。

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る。日本内科学会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。各年次の到達目標は以下の基準を目安とする。

● 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、専攻医登録評価システムに登録することを目標。

・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習熟。

・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 度評価を行い担当指導医が専攻医にフィードバック。

● 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。

・技能：疾患の診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決を指導医の監督下で習熟。

・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とが図られたか否かを指導医がフィードバックする。

● 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する。但し、修了要件はカリキュラムに定める 56 疾患群、そして 120 症例以上 （外来症例は 1 割まで含むことができる）とする。この経験症例内容を日本内科学会専攻医登録評価システムへ登録。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る。

・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実践。

なお、日本内科学会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る。

4）臨床現場を離れた学習

・CPC、JMECC（内科救急講習会）等において、内科領域の救急診療や最新のエビデンスや病態・治療法についてする学習する。

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する。

6）Subspecialty 研修

・後述する”Subspecialty 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る。

・Subspecialty 研修は 3 年間の内科研修期間の、いずれかの年度で最長 2 年間について内科研修の中で重点的に行う。

３　専門医の達成目標【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。

① 70 に分類された各カテゴリーのうち、最低 56 のカテゴリーの中の 1 例を経験する。

② 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。

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。

④ 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。

２）　専門知識について

内科研修カリキュラムは総合内科、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、救急の 13 領域から構成されている。総合病院厚生中央病院には総合内科、消化器、循環器、呼吸器、血液の５つの内科系診療科がある。これらの診療科は、偏りのない幅広い疾患を対象としており、稀少疾患についての知識・経験を積むことも出来る。また、総合病院厚生中央病院に設置されていない内分泌、代謝、腎臓、神経、アレルギー、膠原病および類縁疾患、感染症、救急の領域は、他の連携病院においてその研修が可能となる。後述する連携病院によりさらに深く研修が行われるように配慮されており、内科領域全般の疾患が網羅できる体制が敷かれている。これらの診療科での研修を通じて、専門知識の習得を行う。

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）研修領域により異なるが、原則として朝の回診・患者申し送りを行い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・診療を進める。

２）受持患者について診療領域の指導医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の見識も深める。

３）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、質疑などを行う。

４）院内研修委員会主催の全職員向けの研修会（12 回/年以上）が定期的に開催され、医療倫理（1 回/年以上)、医療安全（1 回/年以上)、感染対策（1 回/年以上)、その他の講習会が行われているが、専攻医にはこの受講を義務付け、そのための時間的余裕を与える。

５）研修施設群合同カンファランスを年に 1 回以上定期的に主催し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与える。

６）医局主催の医局カンファランス（9 回/年)、及び定期的に行われている CPC（2 回/年）等の受講を専攻医に義務付け、そのための時間的余裕を与える。

７）総合病院厚生中央病院主催の地域参加型カンファランスである地域連携セミナー（適宜）の受講を義務付け、そのための時間的余裕を与える。その他でも行われている地域参加型カンファランスの受講を義務付け時間的余裕を与える。

８）全専攻医に研修 1 年次の JMECC 受講を義務付け、そのための時間的余裕を与える。

９）特別連携施設の専門研修では週に一回帰院し、指導医と面談しその施設での研修報告を行い適切な指導を受ける。

10）病棟や外来で臨床実習中の医学生･初期研修医を指導する。下級医や学生を指導することは、自分の知識を整理・確認することにつながる。

5　学術的姿勢【整備基準：6、30】

患者から学ぶという姿勢を基本とし、患者の訴えに寄り添いながら科学的な根拠に基づいた（evidence based medicine の）精神の下に、診断・治療を行う。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る。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ている。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ることとなる。

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の基本となる能力、資質および態度を、患者の診察を通して医療の現場から学ぶ。

総合病院厚生中央病院（基幹病院）において症例経験や技能習得を積みか重ねることと並行して、連携施設において、地域住民に密着し病院間連携や病診連携を実践する立場を経験することにより、地域医療の経験を積む。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。

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。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。

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する。

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する。

患者及び医療関係者とのコミュニケーション能力を高め、患者中心の医療を実践し，患者から学ぶ姿勢及び自己省察の姿勢を持ち、医療倫理・医療安全へ配慮し、公益に資する医師としての責務に対するプロフェッショナリズムを持てるよう研修を行う。

また，地域医療保険活動へ積極的に参画し、後輩医師の指導も積極的に行うよう研修を行い、内科専門医として高い倫理観と社会性を獲得する。

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]

総合病院厚生中央病院（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、それを実践するプログラムとなっている。地域医療を経験するため、連携施設での研修期間を設けている。連携病院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よう配慮する。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。入院症例だけでなく外来での経験を積み、施設内で開催されるセミナーへも参加する。地域における指導の質および評価の正確さを担保するため、常にメールなどを通じて基幹病院との連絡ができる環境を整備し、定期的に指導医と面談し、プログラムの進捗状況を報告する。

8　年次ごとの研修計画【整備基準：16、25、31】

本プログラムでは専攻医がいだく専門医像や将来の希望に合わせて以下の２つのコース、①内科基本コース、②単科（subspecialty）重点コースを準備する。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。

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する。

3 年間で各内科や内科臨床に関連ある救急部門などをローテートする。この間、最低１年間は連携病院での研修を行う。

Subspecialty は不定であるが、専攻医が最も興味のある領域の診療科から指導医が選ばれる。

将来の subspecialty が決定している専攻医は単科重点コースを選択できる。この間、最低 1 年間は連携病院での研修を行うとともに、希望する単科に重点を置いた研修することが可能となる。

① 内科基本コース

内科（generality）専門医は勿論のこと、将来、内科指導医や高度な generalist を目指す医師も含まれる。将来の subspecialty が未定な場合に本コースを選択する。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することを目標にする。原則として 3 ヵ月を 1 単位として基幹施設でローテーションする。その間の 1 年間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。専攻医は原則として、その時点で最も興味のある領域の診療科を選択する。

研修プログラム表（案）

<table>
<tr><td></td><td colspan="12">基 本 研 修 コ ー ス</td></tr>
<tr><td>研修月</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr>
<tr><td rowspan="3">1 年次</td><td colspan="3">他領域診療科 1</td><td colspan="3">他領域診療科 2</td><td colspan="3">他領域診療科 3</td><td colspan="3">他領域診療科 4</td></tr>
<tr><td colspan="12">1 年次に JMECC を受講する。</td></tr>
<tr><td colspan="12">1 年次修了までに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登録。
病歴要約を 10 編以上登録。指導医が確認する。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">2 年次</td><td colspan="12">連携病院での研修（必ずしも 2 年次であるとは限らない）</td></tr>
<tr><td colspan="12">連携病院でのプログラムによる。</td></tr>
<tr><td colspan="12">2 年次修了までに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）
経験し登録。必要な 29 症例の病歴要約をすべて登録。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3 年次</td><td colspan="3">他領域診療科 5</td><td colspan="3">他領域診療科 6</td><td colspan="3">他領域診療科 7</td><td colspan="3">他領域診療科 8</td></tr>
<tr><td colspan="12">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する。但し、修了要件はカリキュラムに
定める 56 疾患群、そして 120 症例以上 （外来症例は 1 割まで含むことができる）とする。この経験症例
内容を登録。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る。</td></tr>
<tr><td>学術活動</td><td colspan="12">内科学会総会／地方会に年 2 回以上必須参加。2 件以上の筆頭者で学会発表または論文発表。</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="12">医療倫理、医療安全、感染防止、CPC 等の講習会への参加。病理解剖は 1 件／専攻医／年必要</td></tr>
</table>

② 単科（subspecialty）重点コース

subspecialty 領域（老年病）を重点的に研修するコース（2 年型）である。

3 ヵ月間を基本として他領域診療科をローテーションする。最低 1 年間は連携施設における当該 subspecialty 領域の診療科、あるいは、その他の診療科において内科研修を継続する。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（老年病）の責任者とプログラム統括責任者が協議して決定する。専攻医数や進捗状況により、初年度から連携施設での重点研修を行うことがあるが、あくまでも内科専門医研修が主体である。

研修プログラム表（案）

<table>
<tr><td></td><td colspan="12">単科(subspeciality)重点コース</td></tr>
<tr><td>研修月</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr>
<tr><td rowspan="3">1 年次</td><td colspan="3">他内科 1</td><td colspan="3">他内科 2</td><td colspan="3">他内科 3</td><td colspan="3">他内科 4</td></tr>
<tr><td colspan="12">1 年次に JMECC を受講する。</td></tr>
<tr><td colspan="12">各年次において老年病専門研修プログラムの症例と一致するものについては、これを記録し経験症例とする。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">2 年次</td><td colspan="12">連携病院での研修（必ずしも 2 年次であるとは限らない）</td></tr>
<tr><td colspan="12">連携病院でのプログラムによる。</td></tr>
<tr><td colspan="12">各年次において老年病専門研修プログラムの症例と一致するものについては、これを記録し経験症例とする。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3 年次</td><td colspan="3">他内科 5</td><td colspan="3">他内科 6</td><td colspan="3">他内科 7</td><td colspan="3">subspeciality 診療科
（老年病）8</td></tr>
<tr><td colspan="12">各年次において老年病専門研修プログラムの症例と一致するものについては、これを記録し経験症例とする。</td></tr>
<tr><td>学術活動</td><td colspan="12">内科学会総会／地方会に年 2 回以上必須参加。2 件以上の筆頭者で学会発表または論文発表。</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="12">医療倫理、医療安全、感染防止、CPC 等の講習会への参加。病理解剖は 1 件／専攻医／年必要</td></tr>
<tr><td>4 年次</td><td colspan="12">老年病重点研修施設研修期間</td></tr>
<tr><td>学術活動</td><td colspan="12">日本老年病医学会の学術集会に出席すること。日本老年医学会へ 1 件以上の学会発表または論文発表を行う。</td></tr>
</table>

内科専門研修に必要な 70 疾患 200 症例を集めるために、内科診療科をローテートする。各内科領域のローテート後は、不足症例を経験しつつ、主たる所属は総合内科となる。

※ 基幹施設・連携施設のローテーションは、指導医、プログラム統括責任者と相談の上で、期間・ローテーション医療機関を決定する。最終的に修了要件を満たすことが重要。

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する。また、技術・技能についての評価も行う。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、適切な助言する。研修センター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う。

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う。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る。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る。

3）研修態度の評価

年に複数回、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による 360 度評価を行う。その結果は登録評価システムを通じて集計され、指導医によって専攻医にフィードバックを行って改善を促す。

4）　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､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たせる。

また年に 1 回専攻医からのプログラムに対する意見を吸い上げ、評価を行い改善に努め、次期プログラムの改訂の参考とする。

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設置し、その委員長と各内科から管理委員を選任する。プログラムの日本専門医機構への申請料の負担、プログラムの公開、専攻医の採用に関する業務（採用試験実施等）、専攻医の最終的採用人数、処遇や身分の決定、各病院単位の出入りの管理を行う。

2）研修プログラム管理委員会の名簿

① プログラム総括責任者：五関　善成
（循環器内科部長、総合内科専門医、日本循環器学会専門医、医学博士）

② プログラム管理者：根本夕夏子（消化器病センター内科統括部長、総合内科専門医、日本消化器病学会専門医、医学博士）

③ 研修委員会委員長　：小野啓資
（総合内科部長、総合内科専門医、日本呼吸器学会指導医、医学博士）

プログラム管理委員会委員：

④ 河島尚志（院長、医学博士）

⑤ 菅谷和明（事務部長）

⑥ 西川英子（看護部長）

⑦ 亀田秀人（東邦大学医療センター大橋病院　膠原病リウマチ科教授）

⑧ 四本美保子（東京医科大学病院　臨床検査医学科准教授）

⑨ 新海正晴（東京品川病院　副院長兼治験開発・研究センター長）

⑩ 岡潔（目黒病院院長）

⑪ 八辻賢（日扇会第一病院院長）

⑫ 松尾英男（えびす英クリニック院長）

⑬ 楢林洋介（楢林神経内科クリニック院長）

⑭ 梅里尚行（ホームアレークリニック城南理事長兼院長）

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する。労働基準法を順守し、原則として総合病院厚生中央病院の就業規則及び給与規則に従う。専攻医の心身の健康維持の配慮については各施設のプログラム管理委員会で管理する。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う。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になる。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。

※ 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、基幹施設である総合病院厚生中央病院の統一的な就業規則と給与規則で統一化しているが、このケースが標準系ということではない。個々の連携施設において事情を鑑み、専攻医に配慮のある明確な諸規則を用意する。

12　研修プログラムの改善方法【整備基準：49～51】

研修プログラム管理委員会を年1 回総合病院厚生中央病院で開催し、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、問題点を明らかにする。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る。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予定である。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る。

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う。

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 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

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包括的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終了に向けて行うべきこと【整備基準：21、22】

専攻医は日本内科学会専攻医登録評価システムにて修了認定の申請を行う。

プログラム管理委員会は 3 月末までに修了判定を行う。

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　研修プログラムの施設群【整備基準：23～27】

総合病院厚生中央病院が基幹施設となり、以下の施設を加えた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を可能とする。

・東邦大学医療センター大橋病院
・東京医科大学病院
・社会医療法人社団東京巨樹の会　東京品川病院
・医療法人社団葦会　目黒病院
・医療法人財団日扇会　第一病院
・医療法人社団松健会　えびす英クリニック
・医療法人社団博淳会　楢林神経内科クリニック
・医療法人財団ホームアレー　クリニック城南

16　専攻医の受入数

総合病院厚生中央病院における 2024 年度上限（学年分）は 2 名である。

剖検数は、2025 年 0 件である。

経験すべき症例数の充足について下記に示す。

・2025 年 DPC 主病名による疾病統計（１から 12 月合計値）

	入院患者数（人/年）
消化器	1,012
循環器	286
内分泌	132
代謝	36
腎臓	365
呼吸器	432
血液	171
神経	290
アレルギー	25
膠原病及び類縁	72
感染症	319
救急	1,350

医学中央雑誌掲載数

2019 年　６６編（内科系２６編　日本内科学会関連　４編）
2020 年　３４編（内科系　５編　日本内科学会関連　２編）
2021 年　３０編（内科系１２編　日本内科学会関連　２編）
2022 年　３６編（内科系１０編　日本内科学会関連　２編）
2023 年　３０編（内科系　８編　日本内科学会関連　２編）
2024 年　３３編（内科系　９編　日本内科学会関連　１編）
2025 年　２９編（内科系　７編　日本内科学会関連　２編）

※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を分析すると、内分泌及び膠原病領域は常勤専門医が不在であるが、週 1～2 回の専門外来患者診療と連携施設にて十分な症例を経験可能。専門医 3 年修了時に「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた少なくとも 56 疾患群，120 症例以上の診療経験は容易に達成可能。

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、単科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、条件を満たせば単科重点コースに移行することも可能である。内科専門医研修修了後に領域（老年病）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】

出産、育児によって連続して研修を休止できる期間を 6 カ月未満とし、研修期間内の調整で不足分を補うこととする。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する。また、疾病による場合も同じ扱いとする。

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る。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する。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る。

19　専門研修指導医【整備基準：36】

【必須要件】

１．内科専門医を取得していること。

２．専門医取得後に臨床研究論文（症例報告含む）を発表する（「first author」もしくは「corresponding. author」であること）もしくは学位を有していること。

３．厚生労働省もしくは学会主催の指導医講習会を修了していること。

４．内科医師として十分な診療経験を有すること。

【(選択とされる要件（下記の１、２ いずれかを満たすこと】

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・参加すること。

２．日本内科学会での教育活動(病歴要約の査読､JMECC のインストラクターなど)

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

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】

専門研修は別添の専攻医マニュアルにもとづいて行われる。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る。総括的評価は内科専門研修カリキュラムに則り、少なくとも年1 回行う。

21　研修に対するサイドビジット（訪問審査）【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、研修指導体制や研修内容について調査が行われる。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う。

22　専門医の採用と修了【整備基準：52、53】

1）総合病院厚生中央病院内科専門研修プログラム管理委員会が専攻医の応募を受付ける。毎年 8～9 月頃に専攻医の募集要項をホームページに掲載。採用については、日本専門医機構公表のスケジュールに則して実施する。応募者は専攻医登録システムへの登録と、採用担当者に出願書類一式を提出することとする。出願書類はホームページの募集要項で確認可能。採用期間中に面談を実施し、採否を専攻医登録システムで通知する。

2）研修開始届け出

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、総合病院厚生中央病院内科専門研修プログラム管理委員会および、日本専門医機構内科領域研修委員会に提出する。

・専攻医の氏名と医籍登録番号、内科医学会会員番号、専攻医の卒業年度、
　専攻医の研修開始年度
・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する。審査は書類の点検と面接からなる。点検の対象となる書類は以下の通りである。

・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
・「臨床現場を離れた学習」で定める講習会出席記録
・指導医による「形成的評価表」

面接は書類点検で問題となる事項が認められた場合にのみ行われる。

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。

23　総合病院厚生中央病院内科専門医研修プログラム（「専攻医研修マニュアル　Ver2」）

1）　専門研修後の医師像と修了後に想定される勤務形態や勤務先

求める内科専門医の医師像としては、知識と技術に偏らず、患者さんに心豊かな人間性を持って診療する事が出来、患者・家族の心身に対する苦痛を真摯に受け止め、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って、地域の人々に全人的に診療ができる医師である。

研修修了後の勤務形態や勤務先は様々であり、求められる内科専門医は単一ではない。しかしながら、様々な環境下に応じて、その役割を果たすことが出来る内科専門医を多く輩出することが必要である。

高齢化社会に適応した急性期病院を目指している厚生中央病院で研修を受けた内科専門医は、いずれの地域でも医療機関でも高齢化社会に見合った内科診療が出来得るようになると思われ期待される。

2）　専門研修の期間

原則3年間（事情により研修期間の延長を認める）

3）　研修施設群の各施設名

基幹施設：総合病院厚生中央病院

連携施設：

①　専門研修（連携施設）

東京医科大学病院（腎臓領域、膠原病・アレルギー領域、救命救急領域の研修）

東邦大学医療センター大橋病院（代謝・内分泌領域、消化器病領域「特に膵臓、肝臓等」の研修）

②　地域研修（特別連携施設）

目黒病院（在宅診療、訪問看護ステーション、リハビリ、短期入院病床確保事業「ショートステイ」、二次救急医療）

日扇会第一病院（在宅訪問看護ステーション、在宅看護支援センター、在宅診療支援病院）

えびす英クリニック（在宅療養支援診療所）

楢林神経内科クリニック（在宅診療、認知症）

ホームアレークリニック城南（在宅診療、訪問看護ステーション）

４）　プログラムに関する委員会と委員及び指導医名

① 研修プログラム管理委員会

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に責任を持って管理するプログラム管理委員会を設置し、プログラムの管理および修了判定、その他必要な事項を決定する。プログラム管理委員会にプログラム総括責任者を置く。プログラム総括責任者はプログラムの適切な運営・進化の責任を負う。

プログラム管理委員会の下部組織として専攻医の研修を管理する施設研修委員会を置き、施設研修委員会委員長が総括する。

施設研修委員会は労働基準法や医療法を順守することが求められる。専攻医の心身の健康維持への環境整備も研修委員会の責務である。

②　委員会の開催時期

Ⅰ）　プログラム管理委員会の開催

定時開催：年１回（３月末にプログラム修了判定会議を開催）

随時開催：プログラム総括責任者が必要と認めた時。

Ⅱ）　施設研修委員会の開催

定時開催：年２回（1 月、７月）

随時開催：研修委員会委員長が必要と認めた時。

③　プログラム管理委員会の名簿

1. プログラム総括責任者：五関　善成
（循環器内科部長、総合内科専門医、日本循環器学会専門医、医学博士）

２.プログラム管理者：根本夕夏子（消化器病センター内科統括部長、総合内科専門医、日本消化器病学会専門医、医学博士）

３．研修委員会委員長　：小野啓資
（総合内科部長、総合内科専門医、日本呼吸器学会指導医、医学博士）

プログラム管理委員会委員：

４．河島尚志（院長、医学博士）
５．菅谷和明（事務部長）
６．西川英子（看護部長）
７．亀田秀人（東邦大学医療センター大橋病院　膠原病リウマチ科教授）
８．四本美保子（東京医科大学病院　臨床検査医学科准教授）
９．新海正晴（東京品川病院　副院長兼治験開発・研究センター長）
10. 岡潔（目黒病院院長）
11. 八辻賢（日扇会第一病院院長）
12. 松尾英男（えびす英クリニック院長）
13. 楢林洋介（楢林神経内科クリニック院長）
14. 梅里尚行（ホームアレークリニック城南理事長兼院長）

施設研修委員会名簿

１．研修委員会委員長：小野啓資

施設研修委員会委員：

２．根本夕夏子（プログラム管理者）

３．加藤浩太（循環器内科副部長、総合内科専門医、日本循環器病学会専門医）

４．青田泰雄（総合内科副部長、日本血液学会指導医）

５．中村文彦（消化器病センター内科副部長、日本消化器病学会指導医）

５）　各施設での研修内容と期間
研修プログラム表（内科標準タイプ）

内科専攻コース（基）　　専攻医A

	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年次	厚生中央病院　総合内科（神経内科、呼吸器内科、血液内科、腫瘍内科、老年病内科、救急医学）											
	1年目にJMCCを受講する。											
	1年次修了までに定められた70疾患のうち50疾患群以上を経験し登録。病歴要約を10編以上を登録する。指導医が確認する。											
2年次	地域医療			厚生中央病院　循環器内科			選択科（呼吸内科、腫瘍内科、救命救急　各3か月）					
	70疾患群のうち通算45疾患群以上を経験し登録。必要な29病例の病歴要約をすべて登録する。											
3年次	厚生中央病院消化器内科				東邦大学医療センター大橋病院 （消化器内科3か月間、循環器内科2か月間）					厚生中央病院　選択診療科		
	70疾患群を経験し200例以上を十症登録。 （専修医プログラムのすべての病歴要約29編の受理と70疾患群のうち56疾患群以上かつ160症例以上の経験の登録が必要）											
学術活動	内科学会総会/地方会に年2回以上必須参加、2件以上の筆頭者での学会発表または論文発表											
その他	医療倫理、医療安全、感染防御、CPC等の開催会への参加。病理解剖は1件/可及的1名/年必要											

内科専攻医コース（標）　　専攻医B

	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年次	厚生中央病院　総合内科（神経内科、呼吸器内科、血液内科、腫瘍内科、老年病内科、救急医学）											
	1年目にJMCCを受講する。											
	1年次修了までに定められた70疾患のうち50疾患群以上を経験し登録。病歴要約を10編以上を登録する。指導医が確認する。											
2年次	東京医大（呼吸内科、腫瘍内科、救命救急　各2か月間）						地域医療			厚生中央病院　循環器内科		
	70疾患群のうち通算45疾患群以上を経験し登録。必要な29病例の病歴要約をすべて登録する。											
3年次	東邦大学医療センター大橋病院 （消化器内科3か月、循環器内科2か月）					厚生中央病院消化器内科				厚生中央病院　選択診療科		
	70疾患群を経験し200例以上を十症登録。 （専修医プログラムのすべての病歴要約29編の受理と70疾患群のうち56疾患群以上かつ160症例以上の経験の登録が必要）											
学術活動	内科学会総会/地方会に年2回以上必須参加、2件以上の筆頭者での学会発表または論文発表											
その他	医療倫理、医療安全、感染防御、CPC等の開催会への参加。病理解剖は1件/可及的1名/年必要											

1　地域医療研修は地域病院（巨黒病院、二届会第一病院）か在宅医療診療所（えびす英クリニック、
　猪本神経内科クリニック、ホームアレークリニック城北）からの一施設を選択とする
2　選択診療科は厚生中央病院の各診療科の中から選択する。
3　当院でのローテートについては、研修医の希望により各診療科での実習期間を若干変更・調整することがある。
4　東京医大、東邦大学大橋病院での研修についても、各実施機関における研修診療科とその期間については、研修医と
　各実施機関との調整の上、若干の変更・調整をおこなうことがある

研修プログラム表（サブスペシャルティ重点タイプ）

内科専門研修並行老年病専門研修コース
（サブスペシャルティ重点研修コース２年型）

サブスペシャルティ重点研修コース　　専攻医Ａ

	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年次	厚生中央病院　総合内科 （神経内科、呼吸器内科、血液内科、腫瘍内科、老年病医学、救急医学）（12か月）											
	１年目にＪＭＣＣを受講する。											
	各年次において老年病専門研修プログラムの症例と一致するものについては、これを記録し経験症例とする。											
２年次	地域医療 （３か月）			厚生中央病院 循環器内科（３か月）			東京医科大学病院 腎臓内科、膠原病内科、救命救急　各2か月間　（６か月）					
	２年次終了までに内科専門医取得に必要な70疾患群中の160症例以上の経験終了を目指す。病歴要約29編の作成を目指す。											
３年次	厚生中央病院 消化器内科（４か月）				東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科３か月間、糖尿病内科２か月間（5か月）					老年病重点研修期間 東京医科大高齢診療科（３か月）		
	各年次において老年病専門研修プログラムの症例と一致するものについては、これを記録し経験症例とする。 （内科専門医研修終了にはすべての病歴要約約29編の受理と70疾患群中の計160症例以上の経験の全てが絶対条件である。）											
学術活動	内科学会総会/地方会に年２回以上必須参加。２件以上の筆頭者での学会発表または論文発表											
その他	医療倫理、医療安全、感染防御、ＣＰＣ等の講習会への参加。病理解剖は１件/専攻医１名/年必要											

４年次 老年病 研修	老年病重点研修期間				
	東京医科大学病院 高齢診療科（３か月）	高齢者施設 （１か月）	地域医療施設 （３か月）	厚生中央病院 地域包括ケア病棟（４か月）	総合内科 （１か月）
学術活動	日本老年医学会の学術集会に出席すること。日本老年医学会へ１件以上の学会発表または論文発表を行う。				

サブスペシャルティ重点研修コース　　専攻医Ｂ

	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年次	厚生中央病院　総合内科 （神経内科、呼吸器内科、血液内科、腫瘍内科、老年病医学、救急医学）（12か月）											
	１年目にＪＭＣＣを受講する。											
	各年次において老年病専門研修プログラムの症例と一致するものについては、これを記録し経験症例とする。											
２年次	東京医科大学病院 腎臓内科、膠原病内科、救命救急　各2か月間　（６か月）							地域医療 （３か月）		厚生中央病院 循環器内科（３か月）		
	２年次終了までに内科専門医取得に必要な70疾患群中の160症例以上の経験終了を目指す。病歴要約29編の作成を目指す。											
３年次	東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科３か月間、糖尿病内科２か月間（5か月）					厚生中央病院 消化器内科（４か月）				老年病重点研修期間 （地域医療　３か月）		
	各年次において老年病専門研修プログラムの症例と一致するものについては、これを記録し経験症例とする。 （内科専門医研修終了にはすべての病歴要約約29編の受理と70疾患群中の計160症例以上の経験の全てが絶対条件である。）											
学術活動	内科学会総会/地方会に年２回以上必須参加。２件以上の筆頭者での学会発表または論文発表											
その他	医療倫理、医療安全、感染防御、ＣＰＣ等の講習会への参加。病理解剖は１件/専攻医１名/年必要											

４年次 老年病 研修	老年病重点研修期間			
	厚生中央病院 地域包括ケア病棟（４か月）	東京医科大学病院 高齢診療科（６か月）	高齢者施設 （１か月）	総合内科 （１か月）
学術活動	日本老年医学会の学術集会に出席すること。日本老年医学会へ１件以上の学会発表または論文発表を行う。			

1　地域医療研修は地域病院（目黒病院、日本会第一病院）か在宅医療診療所（えび寺尾クリニック、増林神経内科クリニック、ホームアレークリニック城南）からの一施設を選択とする。

2　内科初期研修の症例を以下の条件を満たすものに限り、研修実施いたと認める。

1）日本内科学会指導医が直接指導した症例

2）主たる担当医師としての症例

3）直接指導を行った日本内科学会指導医が内科領域

4）日本領域の専門研修プログラムの統括責任者の承認が得られること

5）日本領域の専門研修で必要とされる終了要件１６０症例のうち１／２に相当する８０症例を上限とすること。病歴要約への適正も、１／２に相当する１４症例を上限すること

3　当院でのローテートについては、研修医の希望により各診療科での実習期間を若干変更・調整することがある。

4　東京医大、東邦大学大橋病院での研修についても、各医療機関における研修診療科とその期間については、研修医と各医療機関との調整の上、若干の変更・調整をおこなうことがある

6）　専門研修プログラム整備基準とプログラムに示される主要な疾患の年間診療件数

内科領域 13 分野のうち日本消化器病学会、日本循環器学会、日本呼吸器学、日本血液学会、日本神経学会、日本老年医学会の 6 分野で専門研修施設として学会認定されている。日本臨床腫瘍学会や日本プライマリ・ケア連合学会の認定研修施設でもある。また、日本肝臓学会専門医 2 名、がん治療認定医 5 名が常勤専門医として指導に当たっている。さらに、東京医科大学病院、東邦大学医療センター大橋病院、および昭和大学病院等からの非常勤で腎臓内科専門医 1 名、リウマチ膠原病専門医 2 名、糖尿病専門医 3 名が診療に当たっている。以上から内科領域 13 分野のうち 7 分野については定常的に専門研修が可能であり、70 疾患群のうち基幹施設として必要な 35 以上の疾患群についての研修は可能である。

2025 年 DPC 主病名による疾病統計（１から 12 月合計値）

	入院患者数（人/年）
消化器	1,012
循環器	286
内分泌	132
代謝	36
腎臓	365
呼吸器	432
血液	171
神経	290
アレルギー	25
膠原病及び類縁	72
感染症	319
救急	1,350

医学中央雑誌掲載数

2019 年　６６編（内科系２６編　日本内科学会関連　４編）
2020 年　３４編（内科系　５編　日本内科学会関連　２編）
2021 年　３０編（内科系１２編　日本内科学会関連　２編）
2022 年　３６編（内科系１０編　日本内科学会関連　２編）
2023 年　３０編（内科系　８編　日本内科学会関連　２編）
2024 年　３３編（内科系　９編　日本内科学会関連　１編）
2025 年　２９編（内科系　７編　日本内科学会関連　２編）

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

専攻医の受持ち患者数は患者の重症度を加味しながらも、指導医と相談しながら症例が偏らないように出来るだけ多くの患者（５～１０名程度）を受け持つこととしたい。特に総合内科での研修期間中には様々な領域の患者を診ることが出来るので大切に研修して欲しい。

８） 自己評価と指導医評価ならびに 360 度評価の時期とフィードバックの時期

専門研修の評価は日本内科学会専攻医登録評価システムを使用する。

年に複数回（原則 9 月と 3 月）、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による 360 度評価を行う。その結果は登録評価システムを通じて集計され、指導医によって専攻医にフィードバックを行って改善を促す。

患者・家族は医師の技術や知識を評価している訳ではない。医師の人間性を評価して、大切な人を委ねるのである。医師は医師以外の人々から 360 度評価を受け、その結果を真摯に受け止め改善することが重要である。

９） プログラム修了の基準

修了判定のプロセス

① 修了認定には主担当医として通算で最低 56 疾患群（70 疾患群以上目標）以上の経験と計 160 症例（200 症例以上目標）以上の症例（外来症例は登録症例の 1 割まで含むことが出来る）を経験し登録しなければならない。

② 29 病歴要約の査読後の受理を要する。

③ 登録評価システム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医師としての適性判定を受けなければならない。

④ 学会発表または論文発表を筆頭者で 2 件以上を要する。

⑤ JMECC 受講歴が 1 回必要である。

⑥ 医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習会を年に２回以上の受講歴が必要。

上記を確認後、プログラム管理委員会で合議し統括責任者が最終判定を行う。

習得が不十分な場合には研修期間を１年間延長することが出来る。

10） 専門医申請に向けての手順

① 「厚生中央病院内科専門医研修プログラム修了書」「履歴書」、日本専門医機構が定める「内科専門医認定申請書」を期日までに日本専門医機構内科領域認定委員会へ提出する。

② 内科専門医資格申請後に日本専門医機構が実施する内科専門医試験に合格して「内科専門医」となる。

11） 専攻医の処遇

厚生中央病院における専攻医への処遇は別紙「厚生中央病院内科専門医研修プログラム」の「専攻医の処遇」の如くであり、厚生中央病院職員の規定に準ずる。連携施設の研修期間においても基本的に同様とする。

12） プログラムの特徴

厚生中央病院は地域を支える基幹病院として高齢化社会に適応した急性期病院を目指している。高齢者は一人で多くの疾患を抱えていることから、各領域の専門医であるも、一般的な疾患については診療できなければならない。

当院は地域中核の内科専門研修基幹施設として、地域に根差した内科専門医の養成を図るものである。東京医科大学病院や東邦大学医療センター大橋病院を専門研修連携施設として高度急性期の疾患群や当院での経験が不足とされる疾患群についての研修を行う。また、地域に密着した小規模病院としての目黒病院では、一般急性期の初期診療から、当院では行われていない訪問看護ステーション等による在宅診療、リハビリ、ショートステイ（短期入院病床確保事業）など地域中核病院では得られない高齢化社会での地域に密着した小規模病院の役割と機能を理解し研修する。在宅を中心とした診療所の研修では、認知症や腫瘍性疾患などのターミナルケア等を、地域の中で在宅を中心に取り組んでいる医療現場で経験し、医療と介護の連携の重要性等を理解し研修する。

高齢化社会での地域における様々な医療現場での研修を行うことで、幅広く柔軟性に富んだ地域で活躍できる内科専門医を養成するプログラムである。

13） 継続したサブスペシャリティ領域の研修可否

当院で内科専門医を取得した医師については、当院で取得可能なサブスペシャリティ領域の専門研修を出来るだけ受け入れることとしている。

14） 逆評価の方法とプログラム改良姿勢

専攻医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う。逆評価は９月と３月に行う。その結果は担当指導医、研修委員、プログラム管理委員会が閲覧し集計結果に基づき厚生中央病院内科専門医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る。

15） 研修施設群内での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は日本専門医機構内科領域研修委員会とする。

26　厚生中央病院内科専門医研修プログラム(「指導者マニュアル　Ver２」)

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　一人の担当指導医に一人の専攻医が厚生中央病院研修プログラム管理委員会により決定される。

②　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確認する。この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行う。

③　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、その都度、評価・承認する。

④　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臨床研修センター（仮称）からの報告等により研修の進捗状況を把握する。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・相談する。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する。

⑤　担当指導医はSubspecialtyの上級医と協議し、知識、技能の評価を行う。

⑥　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、形成的な指導を行う。

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

①　年次到達目標は別表「内科専門研修に求められる疾患群、症例数、病歴提出数について」に示すとおりである。

②　担当指導医は臨床研修センター（仮称）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時追跡し、専攻医による研修手帳Wsb版への記入を促す。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当該疾患の診療経験を促す。

③　担当指導医は臨床研修センター（仮称）と協働して、6か月ごとに病歴要約作成状況を適時追跡し、専攻医による病歴要約の作成を促す。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当該疾患の診療経験を促す。

④　担当指導医は臨床研修センター（仮称）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する。

⑤　担当指導医は臨床研修センター（仮称）と協働して毎年9月と3月に自己評価と指導医評価、ならびに360度評価を行う。評価修了後1カ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する。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勢的に行って改善を促す。

3） 個別の症例経験に対する評価方法と評価基準

① 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う。

② 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への記載、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う。

③ 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、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、修正などを指導する。

4） 日本内科学会専攻医登録評価システムの利用方法

① 専攻医による症例登録と担当指導医が合格した際に承認する。

② 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る。

③ 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する。

④ 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（仮称）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する。

⑤ 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などの記録について、各専攻医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する。

⑥ 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判断する。

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、施設の研修委員会、およびプログラム管理委員会が閲覧する。集計結果に基づき厚生中央病院内科専門医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る。

6） 指導医難渋する専攻医の取り扱い

必要に応じて臨時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る。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移動勧告などを行う。

７） プログラムならびに各施設における指導医の待遇
厚生中央病院給与規定による（検討中）

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する。
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る。

９） 日本内科学会作成の冊子「指導の手引」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成の冊子「指導の手引」を熟読し形成的に指導する。

10） 研修施設群内での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は日本専門医機構内科領域研修委員会とする。