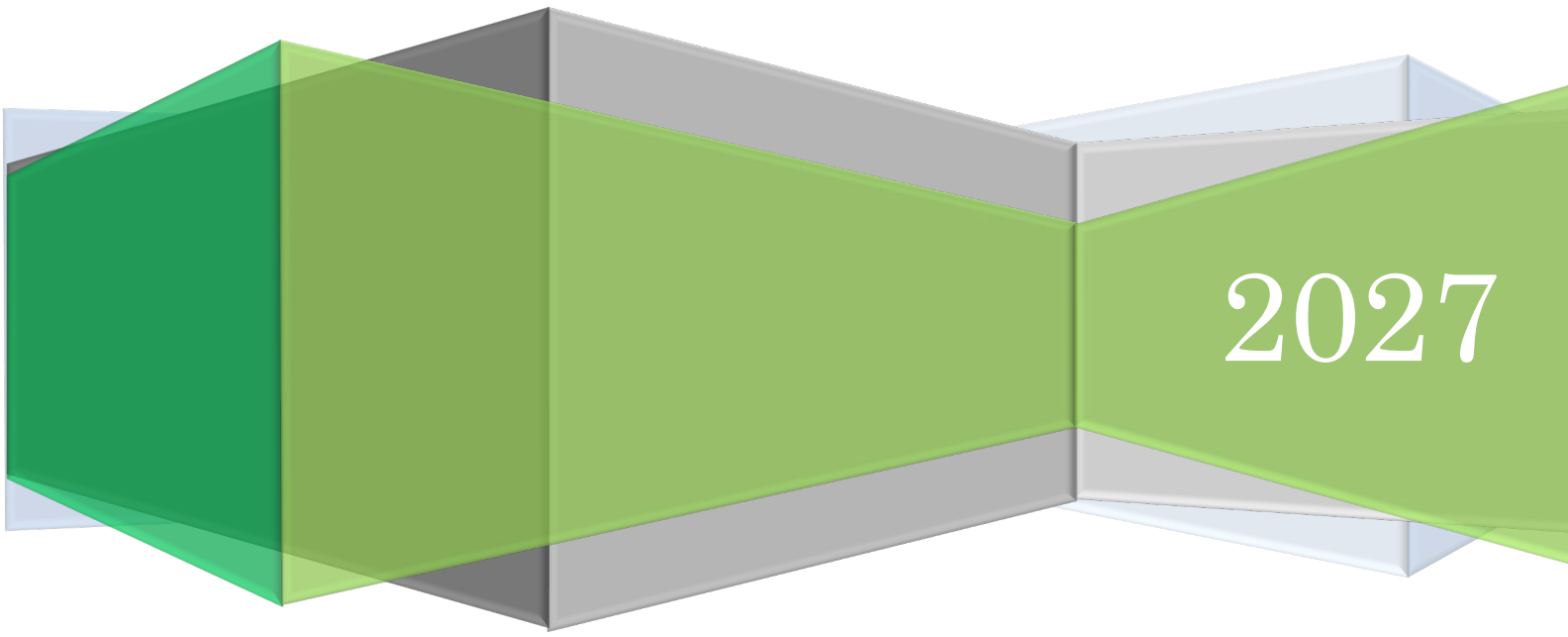
河北総合病院内科専門医
研修プログラム

社会医療法人　河北医療財団　河北総合病院



河北総合病院内科専門医研修プログラム

2026 年 5 月 1 日版

目次

１．河北総合病院内科専門医研修プログラム（理念・使命・特性） P2
２．専門研修後の成果・到達目標・経験目標 P4
３．内科専門医研修の方法 P9
４．専門研修の評価 P12
５．専門研修施設とプログラム認定基準 P14
６．専門研修プログラムを支える体制 P15
７．専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備 P17
８．専門研修プログラムの評価と改善 P18
９．専攻医の採用と修了 P19
１０．研修プログラムの施設群 P20
１１．専攻医の受け入れ数 P21

表 1.　各研修施設の概要 P22
表 2.　各内科専門研修施設において可能な内科領域 P24
表 3.　基幹研修病院：河北総合病院施設概要 P25
表 4.　専門研修特別連携施設 P28
内科専門研修 修了要件（「症例数」、「疾患群」、「病歴要約」）一覧表 P30

１．河北総合病院内科専門医研修プログラム（理念・使命・特性）

①理念（整備基準1、改訂第2版１-①）

当プログラムの基本理念は、全人的な内科的医療の実践に必要な内科領域全般に渡る知識と技術を習得し、常に最新の知見に基づく医療を行うことができる内科医の育成を行うことである。

内科領域全般にわたる内科的医療とは、臓器別内科系サブスペシャルティ分野の専門医にも共通して基盤となる総合内科医としての診療を指す。また、知識や技能だけでなく、当院の理念である「社会文化を背景とし地球環境と調和したよりよい医療への挑戦」、また目標である「質の高い、恕（おもいやり）のある医療を行うとともに地域の健康向上に寄与する」ことが、すべての研修に求められ、医師としてのプロフェッショナリズムを涵養する。内科の基礎的診療を繰り返し学ぶとともに、疾患や病態に特異的な診療技術や患者の抱える多様な背景に配慮することを経験する。そして、これらの経験を単に記録するのではなく、病歴要約として、科学的根拠や自己省察を含めて記載し、複数の指導医による指導を受けることによってリサーチマインドを備えつつも全人的医療を実践する能力を涵養することも目指している。

②領域専門医の使命（整備基準2、改訂第2版１-②）

内科専門医は疾病の予防から治療に至る保健・医療活動を通じて市民の健康に積極的に貢献する。内科専門医が多様な医療現場で活動し、最新の医療を提供し、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する使命がある。また、河北総合病院の医療者は、以下のことを努力する。

- 医療者として良心と使命に基づいて、患者さんと強い信頼関係を築くこと
- 医師による説明と患者さんの納得に基づく医療を提供すること
- 患者さんの人生が最後まで豊かであるように、その意思を尊重すること
- よりよい医療を行うように研鑽、研修に励むこと

③河北総合病院内科専門医研修プログラムの特性

1) 本プログラムは河北総合病院を基幹施設として、近隣医療圏にある連携施設、特別連携施設また地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように他県での連携施設を含めての内科専門研修を経て、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構成されている。さらに、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尚一層進めるために、大学付属病院と連携して研修を行う機会も提供している。研修期間は、基幹施設 1 年から 2 年間＋連携施設・特別連携施設 1 年間以上の計 3 年間である。

2) 本プログラムでは、主担当医として各症例の診断・治療にとどまらず、社会的背景、療養環境調整を包括する診療計画を立て、入院から退院・通院にいたるまで、継続的にそれらを実行する能力の習得を到達目標とする。

3) 本プログラムにおいて、内科とサブスペシャルティの並行研修が可能である。並行研修はサブスペシャルティ学会が認める範囲において内科専門研修と並行させる。なお、この場合においても、内科専門研修の修了のためには、専門研修プログ

ラム整備基準に乗っ取って、疾患群・症例の経験を要する。

4) 基幹施設としての河北総合病院は、362 床の病床を有し、年間約 8000 台の救急車を受け入れる東京都区西部屈指の総合病院である。人口約 58 万人の杉並区の地域医療を担い、急性期・慢性期、内科系・外科系を問わず、プライマリから診断・治療・治療後のフォローまで行う中核病院である。

いわゆるコモンディジーズの患者を多く診療しているのに加え、専門性の高い疾患や稀少疾患の診断・治療も日常的に積極的に行っている。こういった患者を主担当医として診療する中で、実際に自分で考え、判断し、行動するという経験を多く積むことにより、実践的かつ学術的な研修が可能となっている。

5) 河北総合病院での研修で経験しがたいような高度医療・先進医療を研修する目的で、専門研修期間中の 1 年間以上、近隣の大学病院や総合病院、医療圏を超えた連携として仙台厚生病院、小倉記念病院、けいゆう病院、埼玉メディカルセンター、湘南鎌倉総合病院、浦添総合病院、亀田総合病院、NTT 東日本関東病院での研修を行う。河北総合病院は特定の大学の関連施設ではなく、本プログラムの目的を達成するために、複数の大学や総合病院と連携している。本プログラムにおいて連携している東京大学医学部附属病院、慶應義塾大学病院、東京科学大学附属病院、東京慈恵会医科大学附属病院、東京医科大学病院、日本大学医学部附属板橋病院、昭和大学江東豊洲病院、聖路加国際病院、東京逓信病院、荻窪病院、城西病院とは、様々な疾患領域の患者の双方向の紹介、診療スタッフの人事的交流、学術集会などでのスタッフ間のコミュニケーションなどにより、良好で密接な関係性を築いている。また地域医療に配慮し、地域住民により密着して病病連携・病診連携を行っている荻窪病院、城西病院、東京衛生病院、浴風会病院、河北ファミリークリニック南阿佐谷での研修を行うことによって、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する。さらに、当院の医療圏を越えた連携施設として、仙台厚生病院、小倉記念病院、けいゆう病院、埼玉メディカルセンター、湘南鎌倉総合病院があり、特別連携施設として浴風会病院・東京衛生病院・河北ファミリークリニック南阿佐谷でも研修を行うことができる。仙台厚生病院は宮城県仙台医療圏の中心的な高度急性期型の高次機能病院であり、震災後の宮城県医療を支える地域密着型病院での役割を実践している。仙台厚生病院において、震災後の地域医療を支える研修を通して都心の医療圏で経験できない研修を行う。小倉記念病院は北九州市の医療圏の中核病院であり、循環器内科領域を中心に高度医療を提供している。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る。浴風会病院は日本の老年医学発祥の地で地域高齢者医療を行っており、同じ医療圏施設として浴風会病院での研修連携を行うことができる。東京衛生病院では、がんと共に生きる患者と家族の心と身体に痛みを和らげ、人間としての尊厳を保ちながら、人生の貴重な日々を有意義に生き抜くことができる緩和ケア病棟での研修を経験する。

以上のような多彩な連携病院、特別連携病院による研修を通して、本プログラム

の理念である、「内科領域全般にわたり、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とともに、常に最新の知見に基づく医療を行うことができる」研修が可能となっている。

6) サブスペシャルティ並行研修に関連して、河北総合病院は日本神経学会・日本循環器学会・日本消化器病学会・日本肝臓学会・日本腎臓学会・日本リウマチ学会・日本糖尿病学会の認定教育施設（各学会によってその呼称は異なる）となっており、サブスペシャルティ並行研修を行える環境にある。

7) 総合診療専門医に関しては、内科専門研修プログラム修了後に総合診療専門医のダブルボードカリキュラム制（単位制）の制度での研修を行うことで内科専門研修プログラムでの研修歴および症例の一部を総合診療専門研修プログラムでの研修歴および症例として認定して期間を短縮することが可能となる。

2. 専門研修後の成果・到達目標・経験目標(整備基準 3-12、改訂第 2 版 2-①～③)

① 専門研修後の成果（整備基準 3、改訂版 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展開することである。内科専門医の関わる場は多岐にわたるが、それぞれの場に応じて、下記に掲げる専門医像に合致した役割を果たし、国民の信頼を獲得することが求められている。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、求められる専門医像は単一でないが、その環境に応じて役割を果たすことこそが内科専門医に求められる可塑性である。当プログラムの到達目標は、その終了時には、常に最新の医療を提供し、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内科専門医を輩出することにある。また、超高齢社会を迎えた日本のいずれの医療機関でも不安なく内科診療にあたる実力を獲得することが望まれる。

実際の活躍の場として、以下のものが想定される。

1) 病院での総合内科（generality）の専門医：病院での内科系診療で、内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち、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た総合内科医療を実践する。

2) 総合内科的視点を持ったサブスペシャリスト：病院での内科系のサブスペシャルティを受け持つ中で、総合内科（generalist）の視点から、全人的、臓器横断的に診断・治療を行う基本的診療能力を有する内科系サブスペシャリストとして診療を実践する。

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

4) 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任務とする全人的な内科診療を実践する。

② 到達目標（修得すべき知識・技能・態度等、整備基準 4-7、改訂版 2-②）

ⅰ 専門知識（最終頁 別表および研修カリキュラムの項目表を参照、整備基準 4）

専門知識の範囲（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」、「膠原病及び類縁疾患」、「感染症」、ならびに「救急」で構成される。研修カリキュラムでは、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」等の目標（到達レベル）を記載している［研修カリキュラムの項目表を参照のこと］。

内科領域の専門知識は、広範な分野を横断的に研修し、各種の疾患経験とその省察とによって獲得される。内科領域を 70 疾患群（経験すべき病態等を含む）に分類し、それぞれに提示されているいずれかの疾患を順次経験してゆく。この過程によって専門医に必要な知識を修得する。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。自らが経験することの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によって知識を補足することを求めている。これによって、遭遇することが稀な疾患であっても類縁疾患の経験と自己学習によって適切な診療を行うことが可能になる。これらを通じて内科領域全般の経験と知識の修得とが成立しており、日本内科学会専攻医登録評価システム（以後、J-OSLER と表記）への登録と症例指導の評価と承認とによって目標達成までの段階を明示する。各年次の到達目標は以下に掲げる数字を目安とする。

○ 専門研修 1 年：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち、20 疾患群以上の症例を経験し、J-OSLER に登録することを目標とする。症例指導医は J-OSLER の登録内容を確認し、専攻医として適切な経験と知識の修得ができていることが確認できた場合に承認をする。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行う。また、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。

○ 専門研修 2 年：この年次の研修が修了するまでに、カリキュラムに定める 70 疾患群のうち、少なくとも通算で 45 疾患群以上の症例を経験し、J-OSLER に登録することを目標とする。

これらの疾患群のうち外来症例については、内科専攻に相応しい症例経験として、プロブレムリストの上位に位置して対応が必要となる場合（単なる投薬のみなどは認めない）に限り、登録が可能である。＊内科専門研修として相応しい入院症例の経験は DPC 制度(DPC/PDPS:Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System)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症例等における病名が想定される。

症例指導医は J-OSLER の登録内容を確認し、専攻医の経験と知識が適切であれば承認する。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行う。また、専門研修修了に必要な病歴要約 29 編を全て登録して担当指導医の評価を受ける。

○ 専門研修 3 年：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、計 200 症例以上（うち外来症例は最大 20 症例まで）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 疾患群以上の症例経験と計 120 症例以上（外来症例は 1 割まで含むことができる。症例の内訳は最終頁別表を参照）を経験し、登録しなければならない。症例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と確認できた場合に承認をする。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行う。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、受理されるまで改訂を重ねる。この評価はプログラム外からの評価（外部評価）であり、プログラム内に留まらない多面的かつ客観的な評価を受けることになる。また査読者から専攻医へは、評価とともにコメントがフィードバックされるため、査読者とのやり取りを通じて専攻医の成長が促されるという効果も期待されている。専門研修修了には、全ての病歴要約 29 編の受理と、70 疾患群中の 56 疾患群以上で計 120 症例以上の経験の全てを必要とする。

ⅱ 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術等、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をされた、医療面接、身体診察、検査結果の解釈、ならびに科学的根拠に基づいた幅の広い診断・治療方針決定を指す。さらに全人的に患者・家族と関わってゆくことや他の専門医へのコンサルテーション能力とが加わる。これらは、特定の手技の修得や経験数によって表現することはできない。そこで、内科領域の診療技能の到達目標を以下のように設定する。

○ 専門研修１年：研修中の疾患群について、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指導医とともに行うことができる。

○ 専門研修２年：研修中の疾患群について、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指導医の監督下で行うことができる。

○ 専門研修３年：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。

内科領域の中には臓器別の特殊な検査や手技も含まれており、サブスペシャルティ専門医でなくとも一定程度の経験が求められている。そこで、内科専門医に求められる技術・技能を「技術・技能評価手帳」に記載している（別冊の「研修カリキュラム項目表」および「技術・技能評価手帳」参照）。内科専門研修では、これらの修得は症例経験の中で達成されるべきものである。

ⅲ 学問的姿勢

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く診断、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・病態の理解に資する研究を行う、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。

ⅳ 医師としての倫理性、社会性等

内科専門医として必要とされる高い倫理観と社会性を有すること。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
上記の項目は、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。

③ 経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等、整備基準 8-12、改訂第 2 版 2-③）

ⅰ 経験すべき疾患・病態

主担当医として受け持つ経験症例は専門研修を修了するまでに 200 症例以上を目標とする。受け持ち患者が特定の分野に偏らないように内科全分野を 70 疾患群に分類して、これらの疾患群の中から１症例以上受け持つことを目標とする（疾患群は「研修手帳」の疾患群項目を参照のこと)。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については J-OSLER を通じて指導医が確認し承認する。なお、専門研修において、内科領域はその幅の広さと稀少疾患の存在から全疾患群を受け持つ機会が困難な場合が想定される。ただし、臨床研修中の内科研修での経験も内科専門研修で得られなかった貴重な経験が含まれる場合があり、これらを省察し学習することは専門研修においても有益と考えられる。よって、その専攻医が臨床研修中に経験した症例のうち、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行っていると指導医が確認できる場合に限り、最低限の範囲で登録を認める。これも同様に J-OSLER を通じて指導医が確認と承認を行う。

ⅱ 経験すべき診察・検査等

内科の修得すべき診察、検査は横断的および分野特異的なものに分けて設定している（別冊「技術・技能評価手帳」を参照)。これらは症例経験を積む中で身につけていくべきものであり、その達成度は指導医が確認する。

ⅲ 経験すべき手術・処置等

内科領域の全ての専門医に求められる手技について、技術・技能評価手帳に示している。内科領域ではこれらの到達目標を症例経験数で一律に規定することはできない。到達目標として提示した疾患や病態の主体的経験を通じて修得すべき事項であり、安全に実施または判定できることを求めている。これらは専攻医が経験をするたびに J-

OSLER への登録を行い、指導医が承認を行うことによってその到達度を評価する。

また、バイタルサインに異常をきたすような救急患者や急変患者あるいは重症患者の診療と心肺機能停止状態の患者に対する蘇生手技とについては、受け持ちの症例経験のみならず、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）受講によって修得する。

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）

内科領域では、多岐にわたる疾患群を経験するために地域の中核となる総合病院での研修は必須である。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高度な急性期医療を経験すると同時に、地域の病診・病連携の中核としての役割を経験する。これらは主に専門研修基幹施設における研修を想定する。一方、３年間の専門研修期間のうち、一定期間を地域に根ざす第一線の病院で研修することも必須である。これは主に連携施設での研修を想定する。ここでは、コモンディジーズの経験をすると同時に、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。このように、立場や地域における役割の異なる複数の医療機関で研修を行うことによって、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経験し、内科専門医に求められる役割を実践する。また、指導医が在籍していない診療所や過疎地の病院等を特別連携施設と定義して、プログラム統括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の経験を積極的に評価する。

ⅴ 学術活動・教育活動

内科専攻医に求められる姿勢とは単に症例を経験することにとどまらず、これらを自ら深めてゆく姿勢である。この能力は自己研鑽を生涯にわたってゆく際に不可欠となる。このため、症例の経験を深めるための学術活動と教育活動とを目標として設定する。

教育活動（必須）

１）臨床研修医あるいは医学部学生の指導を行う。

２）後輩専攻医の指導を行う。

３）メディカルスタッフを尊重し、指導を行う。

学術活動

４）内科系の学術集会や企画に年 2 回以上参加する（必須）。

※ 推奨される講演会として、日本内科学会本部または支部主催の生涯教育講演会、年次講演会、CPC および内科系サブスペシャルティ学会の学術講演会・講習会等。

５）経験症例をもとに文献検索を行い、症例報告を行う。

６）クリニカルクエスチョンを特定して臨床研究を行う。

７）内科学に関連する基礎研究を行う。

（上記のうち５）～７）は筆頭演者または筆頭著者として学会あるいは論文発表を２件以上行うことが求められる。

３．内科専門研修の方法(整備基準 13～16、改訂第 2 版 3-①～④)

内科専門医は初期臨床研修修了後に、専門研修（専攻医研修）3 年間の研修で育成される。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、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。

専門研修の 3 年間は、それぞれ医師に求められる基本的診療能力・態度・資質と日本内科学会が定める「内科専門研修カリキュラム」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。

①　臨床現場での学習（整備基準 13、改訂第 2 版 3-①）

１）各診療科あるいは内科症例検討、死亡症例カンファレンス、CPC を通じて、病態や診断過程の理解を深め、多面的な視点や最新情報を得る。また、プレゼンターとして情報検索とコミュニケーション能力を向上させる。

２）初診を含む総合内科および各内科外来の担当医として、外来診療の経験を積む。

３）内科領域の救急診療の経験を、外来あるいは救急科当直を通じて積む。

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。

河北総合病院における各診療科の取り組み

ⅰ.　朝カンファレンス・病棟回診

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。

ⅱ.　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。

ⅲ. 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。

ⅳ. CPC・デスカンファレンス

病理診断部と全医師が参加する院内 CPC もしくはデスカンファレンスに出席し、死亡例・剖検例、難病・稀少症例についての病理診断を検討する。

ⅴ. 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リズムについても学ぶ。

ⅵ. 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。また、定例の抄読会では、海外論文を主体として、最新の知見について報

告する。

② 臨床現場を離れた学習（整備基準 14、改訂第 2 版 3-②）

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・感染防御臨床研修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については抄読会や内科系学術集会、指導医講習会、JMECC、等において学習する。また、CPC、死亡症例カンファレンス、内科症例検討会に参加し、診断、治療の理解を深める。上記の JMECC では、シミュレーションによる手技修得の他に、チーム医療を実践するトレーニングとしての役割を果たす。

なお、医療倫理・医療安全・感染対策に関する講習は、院内の講習会に参加、もしく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る。

③自己学習（整備基準 15、改訂第 2 版 3-③）

到達レベルの分類

i. 知識に関する到達レベル：

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）

ii. 技術・技能に関する到達レベル：

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）

iii. 症例に関する到達レベル

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。さらに、指導医は、定期的に上記自己学習の進捗状況の確認とセルフトレーニング問題のフィードバックを行う。

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス（最終頁 別表参照）（整備基準 16、改訂第 2 版 3-④）

内科領域研修は広範囲にわたり、どの臓器別専門分野から研修を行うかについては専攻医ごとに異なる。そこで、年度ごとの知識・技能・態度の修練プロセスは以下の設定が目安となる。

○ 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。各専攻医の症例指導医は、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 10 編以上、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、および治療方針の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（専攻医評価と多職種評価）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。

○ 専門研修２年：

・ 症例：専攻医はカリキュラムに定められた 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。各専攻医の症例指導医は、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（指定された 29 症例以上）を全て 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、および治療方針の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：

・ 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。症例の内訳は最終頁 別表を参照）を経験し、J-OSLER にその登録をしなければならない。症例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。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行う。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、受理されるまで改訂を重ねる。

・ 査読者の評価を受け、形成的により良いものへ改訂を促す。ただし、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。

４．専門研修の評価(整備基準 17～22、改訂第 2 版 4-①～②)

①形成的評価

１）フィードバックの方法とシステム

専門研修は内科各領域について、基幹施設である河北総合病院各診療科および連携施設などにおいて研修を行う。形成的評価は研修期間中に行われる評価であり、専攻医の研修記録に対して指導医が評価を実施するとともに専攻医にフィードバックし、評価そのものにより医師としての成長を促すことを目的としている。専門研修では領域内の各分野を基幹施設と連携施設、さらには特別連携施設をローテーションするので、3 年間を通じて研修状況の継続的な記録と把握とが必要になる。このため、日本内科学会が構築したJ-OSLER を利用する。利用者（専攻医、指導医、日本内科学会病歴要約二次評価査読委員等）は日本内科学会が定める所定事項に則って利用することが求められる。

・専攻医はweb を通じて研修内容をJ-OSLER に登録し、指導医はその履修状況を確認してフィードバックし、システム上で承認をする。この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行う。

・ 360度評価（多職種評価）：年度の9月、3月に、自己評価、指導医による評価、ならびにコ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5 名以上の複数職種に回答を依頼し、その回答は担当指導医が取りまとめ、専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録する。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2度評価を行う。その結果は専攻医登録評価システム（J-OSLER）を通じて集計され、担当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。

・ 専門研修2 年修了時までに29 症例の病歴要約を順次作成し、専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録する。内科学会のreviewer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する。これによって病歴記載能力を形成的に深化させる。

・ 施設の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、専攻医登録評価システム（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）（指導医層の）フィードバック法の学習（FD）

河北総合病院では、指導法の標準化のために、厚生労働省が実施する指導医講習会の受講を指導医は必須としている。

②総括的評価

１）評価項目・基準と時期

○ 担当指導医は J-OSLER を使用し、症例経験と病歴要約の指導と評価および承認を行う。1 年目の専門研修修了時には、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 年目の専門研修修了時には、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 年目の専門研修修了時には、70 疾患群のうち 56 疾患群以上の症例を経験し登録する。年次ごとに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を行う。

○ 内科領域の臓器別スペシャルティ領域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。

○ メディカルスタッフによる 360 度評価は年に 2 回行ってフィードバックを行う。

・ 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、日本内科学会専攻医登録評価システム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。

２）評価の責任者

内科領域の分野のローテーションでは担当指導医が評価を行い、基幹施設または連携施設の研修委員会で検討する。その結果は、年度ごとにプログラム管理委員会で検討され、統括責任者が最終承認を行う。

３）修了判定のプロセス（最終頁 別表参照）

（１）担当指導医は、J-OSLER を用いて研修内容を評価し、以下の修了を確認する。

・ 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、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。その研修内容を J-OSLER に登録する。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（各疾患領域は 50% 以上の疾患群での経験が必要である）。最終頁別表参照。

・ 29 病歴要約の査読後の受理（accept）

・ 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、医師としての適性の判定を行う。

（２）上記を確認後、プログラム管理委員会で合議のうえ統括責任者が最終判定を行う。

４）多職種評価

多職種による内科専門研修評価を行う。評価表では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が評価する。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、形成的な評価として年に複数回の評価を行う。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、修了判定時に医師としての社会人適性を判断する。

５．専門研修施設とプログラム認定基準（整備基準 23～33、改訂第 2 版５-①～⑪）

①　専門研修期間施設の認定基準（整備基準 23、改訂第 2 版 5-①）

後述の「基幹研修病院：河北総合病院施設概要」に記載した。

②　専門医受け入れについての基準（診療実績、指導医数等による）（整備基準 25、改訂第 2 版 5-③）

後述の「１１．専攻医の受け入れ数」に記載した。

③　地域医療・地域連携への対応（整備基準 28～29、改訂第 2 版 5-⑥、⑦）

・　内科専門研修では、人口集中地域か過疎地域かを問わず、それぞれの地域の医療の中核として病病・病診連携において主に患者の紹介を受ける立場の基幹施設での研修と、地域住民に密着して患者の紹介を受ける一方、基幹施設に紹介する立場でもある連携施設での研修を通じて、地域医療を幅広く研修することが特徴である。

これによって、専門研修の制度開始による医師の都市部大病院への偏在という負の影響を回避しつつ、専門研修の質を高めることができる。また、内科領域のプログラムでは、指導医が不在となるような診療所等での研修も可能になるように、特別連携施設を設定し、地域のニーズや専攻医のニーズに応えることができる。

・　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。

・　僻地に限らず、研修体制が充実していない場所での指導については、電話、メール、Web 会議等を通じて容易に指導医と連絡が取れる体制を取っている。

④　サブスペシャルティ領域との連続性について（整備基準 32、改訂版 5-⑩）

内科領域では 18 領域のサブスペシャルティ領域を擁し、これらは基本領域内科研修を踏まえた『連動研修』、『通常研修』、『補完研修』として 3 つに区分されている。

これらサブスペシャルティ領域の取り組みについては『日本専門医機構サブスペシャルティ領域研修細則第二版』に基づいて行われる。なお、この内科専門研修プログラムは内科領域全般を幅広く研修することを求めており、各サブスペシャルティ領域にのみ傾倒したプログラムは認められていない。

※ 当院で可能な内科系サブスペシャルティ領域：『消化器内科』、『循環器内科』、『腎臓』、『脳神経内科』、『膠原病・リウマチ内科』、『肝臓内科』、『消化器内視鏡』、『糖尿病内科』、

⑤ 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（整備基準 33、改訂版 5-⑪）

整備基準に準拠して、下記のように運用される。

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、J-OSLER を活用することにより、これまでの研修内容が可視化され、移動する新しいプログラムにおいても、移動後に必要とされる研修内容が明確になる。これに基づき、移動前後のプログラム管理委員会が、その継続的研を相互に認証することにより、専攻医の継続的な研修が可能となる。他の領域から内科領域での専門研修プログラムに移行する場合、他の専門研修を修了し新たに内科領域専門研修をはじめる場合、あるいは臨床研修制度における内科研修において専門研修での経験に匹敵する経験をしている場合には、当該専攻医が症例経験の根拠となる記録を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限り、J-OSLER への登録を認める（最大、修了要件の半数までを許容）。但し、症例経験として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が行う。

特定の理由（海外への留学や勤務、妊娠・出産・育児、病気療養、介護、災害被災等）による休職については、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、研修期間の延長は不要であるが、そ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。

週 31 時間未満の勤務時間となる場合は、時短勤務の扱いとなるが、これについては別途用意された『内科領域カリキュラム制（ 単位制）による研修制度』を適用することで、研修期間として換算することができる。ただし、週 31 時間以上のフルタイムで勤務を行った場合と比べ、有効な研修期間は短くなる。

６．専門研修プログラムを支える体制(整備基準 34-40、改訂第 2 版 6-①～⑦)

① 専門研修プログラムの管理運営体制

基幹施設では、プログラムとそれに属する全ての内科専攻医の研修に責任をもって管理するプログラム管理委員会を設置し、プログラム統括責任者を置く。この統括責任者はプログラムの適切な運営と進化の責任を負う。プログラム管理委員会の下部組織として、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、委員長がこれを統括する。

② 基幹施設の役割

基幹施設は施設群を取りまとめる統括組織として機能し、研修プログラム管理委員会を置いて、プログラムの管理および修了判定を行う。また、各施設の研修委員会で行う専攻医の診療実績や研修内容の検証から、プログラム全体で必要となる事項を決定する。指導医講習会の開催や連携施設での実施が困難な講習会（JMECC や CPC 等）の開催も担う。

③ 専門研修指導医の基準

当プログラムの指導医は日本内科学会が定める以下の要件を満たしている。

【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）等への主導的立場での関与・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等）

これら「必須要件」と「選択とされる要件」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。

※ ただし、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、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。

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通りである。

・ プログラムの作成と改善
・ CPC、JMECC 等の開催
・ 適切な評価の保証
・ J-OSLER を通じたプログラム修了判定
・ 各施設の研修委員会に対する指導権限を有し、同委員会における各専攻医の進捗状況の把握、問題点の抽出と解決、および各指導医への助言や指導の最終責任を負う。

⑤ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限基準

当プログラムの指導医は日本内科学会が定める以下の要件を満たしている。

１）基幹施設の内科領域の責任者あるいはそれに準ずる者であること。
２）日本内科学会の指導医であること。

３）専攻医数が計 20 名を超える場合は、プログラム副統括責任者を置き、プログラム副統括責任者も統括責
任者に準ずる要件を満たすこと。
役割・権限：
１）プログラム管理委員会を主宰して、プログラムの作成と改善に責任を持つ。
２）各施設の研修委員会を統括する。
３）専攻医の採用および修了認定を行う。
４）指導医の管理と支援を行う。

⑥ 連携施設での委員会組織

基幹施設と各連携施設に研修委員会を設置し、委員長 1 名（指導医）を置く。委員長は上部委員会であるプログラム管理委員会（基幹施設に設置）の委員となり、基幹施設との連携のもとで活動する。

⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件

労働基準法や医療法を遵守し、専攻医の心身の健康維持に配慮した環境整備が研修委員会の責務である。労働条件は以下の通りである。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の配慮も行っている。

・ 労働基準法を順守し、河北総合病院で定める就業規則に準ずる。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、産業医で管理する。

- ✓ 勤務時間：8：30～17：00
- ✓ 週休：4 週 8 休の 1 か月変形労働時間制
- ✓ 年次有給・夏季休暇：法定通り付与(有給 10 日)・夏季休暇 6 日
- ✓ 勤務上限時間の設定あり：定める時間数にかかわらず、時間外労働及び休日労働を合算した時間数は、1 ヶ月について 100 時間未満でなければならず、かつ 2 ヶ月～6 ヶ月まで平均して 80 時間を超過しないこと。年間で 960 時間を超過しないこと。その他、医師働き方改革に定められた内容に準拠する。

７．専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備（整備基準 41-48、改訂第 2 版 7-①～③）

① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

内科専門研修に携わる者（専攻医、指導医等）は、日本内科学会の定める J-OSLER を利用して、以下の内容を 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。
・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。
・専攻医の症例経験入力日時と指導医の評価の日時の差を計測することによっ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とができる。このデータを基に、担当指導医、研修委員会、ならびにプログラム管理委員会は専攻医の研修状況のみならず、担当指導医の指導状況や、各研修施設群での研修状況の把握を行い、プログラムの改善に役立てることができる。
・日本専門医機構内科領域研修委員会は研修施設群の専攻医の研修状況を把握し、プログラムの妥当性を検証することができる。

② 医師としての適性の評価

多職種による内科専門研修評価（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）を他職種が行う。評価は無記名方式で行われ、統括責任者が各施設の研修委員会に委託し、2 名から 5 名までの複数職種による回答を依頼する。回答は紙ベースで収集された後、担当指導医が J-OSLER にこれを登録する（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い、専攻医の改善を促す。年に 2 回評価を実施し、専攻医が基幹施設以外の施設に 6 ヶ月以上在籍する場合には、各施設で評価を行う。

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

専攻医研修マニュアル、指導者マニュアルは基幹施設により用意される以下は、J-OSLER を用いる。

- ✓ 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）の実施記録

８．専門研修プログラムの評価と改善(整備基準 49～51、改訂第 2 版 8-①～③)

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

専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて無記名式逆評価を行う。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

う。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できる。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 50）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専攻医登録評価システム（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。

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）長期的に改善を要する事項
４）内科領域全体で改善を要する事項
５）特に改善を要しない事項

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。内科領域研修委員会が上記と同様に分類して対応する。

・担当指導医、施設の研修委員会、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。
・担当指導医、研修委員会、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とともに、プログラム内の自律的な改善が難しい場合は、日本専門医機構内科領域研修委員会が適切に支援を行い、場合によっては指導も行う。

また、このモニタを活用することによって、理想的にプログラムを運営しているところについてはモデルケースとして積極的に顕彰等を行い、全国のプログラム運営全体の効果的な促進に役立てる。

③ 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

サイトビジットは、内科専門医によって相互の研修プログラムを形成的に評価し、自律的な改善努力を行うために必要である。当プログラムはサイトビジットの重要性を理解し、必要に応じて日本専門医機構または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によって遅滞なく提出される。

９．専攻医の採用と修了(整備基準 52-54、改訂第 2 版 9-①、②)

① 採用方法

プログラムを公表・提示し、それに応募する専攻医を、プログラム管理委員会において選考する。面接は必須とする。

応募書類：

- 願書（当院指定のもの）
- 履歴書（当院指定のもの）
- 医師免許の写し
- 保険医登録票の写し
- 臨床研修修了証、または臨床研修修了見込書

② 修了要件

J-OSLER に以下の全てが登録され、かつ担当指導医が承認していることを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確認・審査し、研修修了の可否を判定する。審査は書面により行われる。

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

また、2-③の学術活動 ・教育活動に記されている内科系の学術集会や企画に参加すること。

４）JMECC の受講

５）プログラムで定める講習会受講（講習会の内容については 3-② を参照）。

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とされる。

６）指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価の結果に基づき、医師としての適性に疑問がないこと。

１０．研修プログラムの施設群（整備基準 23～26、改訂第 2 版５-①~④に準拠）

【基幹施設】　河北総合病院

【研修連携施設】　東京大学医学部附属病院
慶應義塾大学病院
東京科学大学医学部附属病院
東京慈恵会医科大学附属病院
東京医科大学病院
日本大学医学部附属板橋病院
昭和大学江東豊洲病院
聖路加国際病院
東京逓信病院
荻窪病院

城西病院
小倉記念病院
仙台厚生病院
けいゆう病院
埼玉メディカルセンター
湘南鎌倉総合病院
浦添総合病院
亀田総合病院
NTT 東日本関東病院

【特別連携施設】 浴風会病院
東京衛生病院
河北ファミリークリニック南阿佐谷

１１．専攻医の受け入れ数(整備基準 27、改訂第 2 版５-⑤に準拠)

受け入れ数は 1 年あたり 3 名である。入院患者および外来患者数を合わせた診療実績において、70 疾患群の症例経験（剖検症例含む）が専攻医の人数分が担保されている。

表　河北総合病院診療科別診療実績（2025 年度）

2025 年度実績	入院患者実数 （人/年）	外来患者数 （延人数/年）
総合内科	81	51
消化器	1039	1431
循環器	889	1099
内分泌	50	55
代謝		
腎臓	430	677
膠原病		
呼吸器	242	5898
血液	128	5328
神経	386	201
救急部	972	7367
感染症	2	8249
その他		

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。

河北総合病院内科専門医研修施設群

表 1.　基幹・連携施設の概要

	病院	プログラム統括責任者	病床数	内科系診療科数	内科指導医数	内科剖検数
基幹施設	河北総合病院	須藤　裕嗣	353	13	28	3
連携施設	東京大学医学部附属病院	藤尾　圭志	1208	12	161	13
連携施設	慶應義塾大学病院	伊藤　裕	1044	13	98	43
連携施設	東京科学大学医学部附属病院	保田　晋助	753	11	128	10
連携施設	東京慈恵会医科大学附属病院	三瀬　直文	1075	9	119	13
連携施設	東京医科大学病院	清水　聰一郎	1015	13	71	19
連携施設	日本大学医学部附属板橋病院	石原 寿光	998	10	73	15
連携施設	昭和大学江東豊洲病院	伊藤 敬義	400	4	20	10
連携施設	聖路加国際病院	長浜 正彦	520	14	48	9
連携施設	東京逓信病院	椎尾　康	461	8	23	16
連携施設	荻窪病院	中村　雄二	252	3	4	3
連携施設	城西病院	笠原　督	99	6	2	0
連携施設	小倉記念病院	金井 英俊	658	8	14	16
連携施設	仙台厚生病院	多田　憲生	409	5	21	9
連携施設	けいゆう病院	松田　洋人	410	9	20	13

連携施設	埼玉ﾒﾃﾞｨｶﾙｾﾝﾀｰ	久保　典史	395	7	19	10
連携施設	湘南鎌倉総合病院	小泉　一也	669	15	44	13
連携施設	浦添総合病院	仲吉　朝邦	334	7	21	7
連携施設	亀田総合病院	中路　聡	907	11	34	22
連携施設	NTT 東日本関東病院	渋江　祐子	594	12	23	4
特別連携施設	浴風会病院	八田　美鳥	250	5	8	6
特別連携施設	東京衛生病院	藤本　秀幸	186	2	11	0
特別連携施設	河北ﾌｧﾐﾘｰｸﾘﾆｯｸ南阿佐谷	塩田　正喜	0	1	4	0

※以前の情報になりますので 2026 年 4 月現在と内容が一部異なる点があるかもしれません。

表 2.　各内科専門研修施設において可能な内科領域

病院	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	膠原病	感染症	救急
河北総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○
東京大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
慶應義塾大学病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
東京科学大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
東京慈恵会医科大学附属病院	△	△	△	△	△	○	△	△	△	△	△	△	△
東京医科大学病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○
日本大学医学部附属板橋病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
昭和大学江東豊洲病院	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○	△	△
聖路加国際病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
東京逓信病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	△	○	○
荻窪病院	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○
城西病院	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○
小倉記念病院	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
仙台厚生病院	○	○	○	△	○	△	○	○	△	○	○	○	○
けいゆう病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	△	○	○
埼玉メディカルセンター	△	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	△
湘南鎌倉総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
浦添総合病院	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	△	○	○
亀田総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
NTT 東日本関東病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○
浴風会病院	○	△	△	△	△	×	○	×	○	×	×	○	×
東京衛生病院	○	○	○	△	○	×	○	○	△	○	△	○	○
河北ﾌｧﾐﾘｰｸﾘﾆｯｸ南阿佐谷	○	○	○	○	△	○	○	△	○	△	△	○	△

(○:研修できる、△:症例としては時に経験できる、 X:ほとんど研修できない)

表 3. 基幹研修病院：河北総合病院施設概要

認定基準 **【整備基準 23、** **改訂第 2 版 5-①】** 1)専攻医の環境	・初期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。 ・河北総合病院契約職員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。 ・ハラスメントに適切に対処する部署があります。 ・女性専攻医が安心して勤務できるように、休憩室、更衣室、仮眠室、シャワー室、当直室が整備されています。 ・子育てしながら仕事を続けられるように子育て支援が充実しています。 ・院内保育所があります。
認定基準 **【整備基準 23、** **改訂第 2 版 5-①】** 2) 専門研修プログラムの環境	・指導医 28 名在籍しています。 ・河北総合病院内科専門研修プログラム管理委員会にて，基幹施設，連携施設に設置されている研修委員会と連携を図っています。 ・基幹施設内において研修する専攻医の研修を管理する内科専門研修委員会と臨床教育・研修部を設置しています。 ・医療倫理・医療安全・感染対策講習会を定期的に開催し，専攻医に受講を義務付け，そのための時間的余裕を与えています。 ・院内内科合同カンファレンスを定期的に主催し，専攻医に受講を義務付け，そのための時間的余裕を与えています。 ・CPC を定期的に開催し，専攻医に受講を義務付け，そのための時間的余裕を与えています。 ・地域参加型のカンファレンスを定期的に開催し，専攻医に受講を義務付け，そのための時間的余裕を与えています。 ･プログラムに所属する全専攻医に JMECC 受講を義務付け，そのための時間的余裕を与えています。 ・日本専門医機構による施設実地調査に臨床教育・研修部が対応します。
認定基準 【整備基準 23/31】 3)診療経験の環境	・カリキュラムに示す内科領域 13 分野のうち全分野（少なくても 7 分野以上）で定常的に専門研修が可能な症例数を診療しています。 ･70 疾患群のうちほぼ全疾患群（少なくても 35 以上の疾患群）について研修できます。 ･専門研修に必要な内科剖検を行っています。
専門研修プログラム統括責任者	須藤　裕嗣 【内科専攻医へのメッセージ】 河北総合病院は地域の中核病院として、診療所からの紹介患者や

	救急患者を積極的に受け入れていますので、さまざまな疾患を経験する機会が非常に多くあります。私達は総合的な内科診断、治療のみならず、患者の生活背景を踏まえた全人的医療ができる医師の育成を行っていきます。それを達成した上で、各サブスペシャリティーにおいて卓越した能力を持つ総合内科医の育成を目指していきます。
指導医数 （常勤医）	日本内科学会指導医 8 名，　日本内科学会総合内科専門医 26 名， 日本消化器病学会専門医 9 名，日本肝臓学会専門医 7 名， 日本循環器学会専門医 12 名，　日本内分泌学会専門医 3 名， 日本糖尿病学会専門医 3 名，　日本腎臓病学会専門医 7 名， 日本呼吸器学会専門医 2 名，　日本血液学会専門医 1 名， 日本神経学会専門医 5 名，　日本アレルギー学会専門医 2 名， 日本リウマチ学会専門医 2 名　ほか.
内科外来・内科入院患者数(2025 年度)	内科外来患者数 22,830 人 内科入院患者数 4,854 人
経験できる疾患群	きわめて稀な疾患を除いて，研修手帳（疾患群項目表）にある 13 領域，70 疾患群の症例を幅広く経験することができます。
経験できる技術・技能	技術・技能評価手帳にある内科専門医に必要な技術・技能を，実際の症例に基づきながら幅広く経験することができます。
経験できる地域医療・診療連携	急性期医療だけでなく，超高齢社会に対応した地域に根ざした医療，病診・病病連携なども経験できます。
学会認定施設 （内科系）	• 日本がん治療認定医機構認定研修施設 • 日本内科学会認定医制度教育病院 • 日本脳卒中学会研修教育病院 • 日本神経学会専門医制度認定施設 • 日本認知症学会教育施設 • 日本循環器学会認定循環器専門医研修施設 • 日本不整脈心電学会認定不整脈専門医研修施設 • 日本心血管インターベンション治療学会研修施設 • 日本消化器病学会専門医制度認定施設 • 日本消化器内視鏡学会専門医制度指導施設 • 日本大腸肛門病学会関連施設 • 日本肝臓学会認定施設 • 日本腎臓学会研修施設 • 日本糖尿病学会認定教育施設 • 日本透析医学会認定施設 • 日本リウマチ学会認定教育施設 • 日本アレルギー学会教育施設

	• 日本環境感染学会認定教育施設 • 日本呼吸器内視鏡学会関連認定施設 • 日本プライマリ・ケア連合学会新家庭医療専門医研修プログラム認定施設

表 4. 専門研修特別連携施設

社会福祉法人　浴風会　浴風会病院

指導責任者	吉田亮一（院長）
経験できる疾患群	高齢者に関しては、研修手帳にある 13 領域、70 疾患群の症例をほぼ経験可能である（ただし、専門医による指導が受けられるのは老年病、神経内科、呼吸器内科のみ）。
経験できる技術・技能	高齢者に関しては、内科専門医に必要な技術・技能を幅広く経験できる。
経験できる地域医療・診療連携	在宅療養後方支援病院として、地域のクリニック等と連携し、入院が必要な在宅患者を受け入れる体制を構築している。
学会認定施設（内科系）	日本内科学会認定医制度教育特殊施設 日本老年医学会教育施設 日本神経学会教育施設 日本リハビリテーション医学会研修施設

医療法人財団　アドベンチスト会　東京衛生アドベンチスト病院

指導責任者	西野俊宏（院長）
経験できる疾患群	・研修手帳にある 13 領域、70 疾患群の症例をほぼ経験可能である。（ただし、内分泌領域、精神領域、膠原病領域については疾患が限定される）
経験できる技術・技能	・一般内科的な技術・技能については幅広く経験できる。 ・その他、上部、下部消化管内視鏡、気管支鏡も経験できる。
経験できる地域医療・診療連携	2 次救急医療機関として、積極的に救急車を受入れ入院が必要な在宅患者を受け入れる体制を構築している。
学会認定施設（内科系）	日本緩和医療学会認定研修施設 日本胆道学会指導施設

河北ファミリークリニック南阿佐谷

指導責任者	塩田正喜（院長）
経験できる疾患群	・研修手帳にある 13 領域、70 疾患群の症例をほぼ経験可能である。
経験できる技術・技能	・総合内科的な技術・技能については幅広く経験できる。 ・在宅医療においては幅広く経験できる。
経験できる地域医療・診療連携	・河北総合病院　地域連携施設として、外来在宅患者を受け入れる体制を構築している。 ・地域の開業医の先生方から通院困難になった患者さんを、訪問診

	療で引き継ぐ体制を構築している。
学会認定施設 （内科系）	臨床研修協力医療機関 日本専門医機構認定研修医療機関(総合診療) 日本プライマリ・ケア連合学会認定研修施設 日本在宅医療学会認定研修施設 日本緩和医療学会認定研修施設

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。