東京北医療センター
地域医療重点型内科専門研修プログラム



東京北医療センター

内科プログラム研修管理委員会

2026年5月●日改訂

目次

１．東京北医療センター地域医療重点型内科専門医研修プログラムの概要

【整備基準:1～3】p.3

２．内科専門医研修はどのように行われるのか　【整備基準:13～16, 30】p.6

３．専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

【整備基準：4，5，8～11】p.8

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】p.9

５．学問的姿勢　【整備基準：6，30】p.10

６．医師に必要な倫理性，社会性　【整備基準：7】p.10

７．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】p.10

８．年次毎の研修計画　【整備基準：16, 25, 31】p.11

９．専門研修の評価　【整備基準：17～22】p.13

１０．専門研修プログラム管理委員会　【整備基準：35～39】p.14

１１．専攻医の就業環境　【整備基準:40】p.14

１２．研修プログラムの改善方法　【整備基準:49～51】p.14

１３．修了判定　【整備基準:21, 53】p.14

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　【整備基準:21, 22】p.15

１５．研修プログラムの施設群　【整備基準:23～27】p.16

１６．専攻医の受け入れ数　【整備基準:27】p.16

１７．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】p.17

１８．専門研修指導医　【整備基準:36】p.17

１９．専門研修実績記録システム，マニュアル等　【整備基準:41～48】p.18

２０．研修に対するサイトビジット　【整備基準:51】p.18

２１．専攻医の採用と修了　【整備基準:52，53】p.18

１．「東京北医療センター地域医療重点型内科専門医研修プログラム」の理念・使命とその特性

理念【整備基準 1】

1） 本プログラムは，公益社団法人地域医療振興協会が運営する東京北医療センターを基幹病院として，将来僻地などの地域の一般病院において内科医として活躍する医師を育成すること目的とする．

将来的に一般市中病院で診療する医師の養成に際し，総合内科の知識・技術・判断力・人間性・経験，指導能力を高め，個々の臓器に対する疾患を相手にするのではなく全人的医療を実践する医師となることを目標とします．さらに，文献検索や原著論文の批判的吟味の能力を養いながら，EBM（Evidence-Based Medicine）を実践できるように修練を重ね，学生や初期研修医に対して教育する技術を身につけていきます．

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（基幹施設 2 年間＋連携・特別連携施設 1 年間)、内科複合コースの場合は 4 年間（基幹施設 3 年間＋連携･特別連携施設 1 年間もしくは基幹施設 2 年間＋連携･特別連携施設 2 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します．

内科領域全般の診療能力は，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である．知識や技能に偏らずに，患者に人間性をもって接すると同時に，医師としてのプロフェッショナリズムとリサーチマインドの素養をも修得して可塑性が高く様々な環境下で全人的な内科医療を実践する能力である．

3）地域における連携施設と特別連携施設では，内科診療を取り囲む様々な医療資源の限られた環境における社会的心理的要因を研修し，generalist の素養を身につける．

使命【整備基準 2】

1）一般市中病院でよく遭遇する疾患に対する診療技術を身につける
2）患者を選り好みせず，全人的医療を実践する
3) 文献検索や原著論文の批判的吟味の能力を養いながら, EBM (Evidence-Based Medicine) を実践する
4）学生や初期研修医に対して教育する技術を身につける
5）自ら問題を発見し，解決するため臨床研究する

特性

1） 本プログラムは，東京都西北医療圏の中心的な急性期病院である東京北医療センターを基幹施設として，地域の中核病院である東京ベイ・浦安市川医療センター(千葉県)、あま市民病院(愛知県)、伊東市民病院(静岡県)、横須賀市立総合医療センター（神奈川県）、市立大村市民病院（長崎県）、練馬光が丘病院（東京都）を連携施設として内科研修を行います．加えて十勝池田地域医療センター（北海道）、東通村診療所（青森県）、六ヶ所村地域医療センター（青森県）、磐梯町保健医療福祉センター（福島県）、女川町地域医療センター（宮城県）、日光市民病院（栃木県）、宮代福祉医療センター（埼玉県）、公立久米島病院（沖縄県）、村立東海病院（茨城県）、公立黒川病院(宮城県)、上野原市立病院(山梨県)、西吾妻福祉病院(群馬県) 、東京都台東区立台東病院（東京都）における地域中核病院および有床診療所を特別連携施設として，超高齢社会を迎えた我が国の医療事情を理解し，地域の資源を知り適切に配分することができる実践的な地域医療が行えるように研修します．研修期間は基幹施設 2 年間＋連携施設または特別連携施設 1 年間、内科複合コースでは基幹施設 3 年間＋連携施設または特別連携施設 1 年間または基幹施設 2 年間＋連携・特別連携施設 2 年間の 4 年間です．

2） 本研修では，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・退院後の生活〉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．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 目標への到達とします．

3） 基幹施設である東京北医療センターは，東京都西北医療圏の中心的な急性期病院であるとともに，地域の病診・病病連携の中核であります．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）との病診連携も研修します．

4） 基幹施設である東京北医療センターでの 12～16 ヶ月間（専攻医 2 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 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(J-OSLER)に登録します．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します．

5）専門研修 3 年目の 1 年間，立場や地域における役割，持てる資源の異なる地域の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研修します．

6） 基幹施設である東京北医療センターでの 2 年間と専門研修施設群での 1 年間（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，J-OSLER に登録できます．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します.

7）一般的には内科研修は 3 年間で行われますが、内科専門医取得をめざしながら、一部の期間にサブスペシャリティ研修も同時に行い、内科研修を 4 年間に伸ばして同時にサブスペシャリティの専門医の取得を目指す、いわゆる内科複合コースのプログラムもあります。

7-1）基幹施設である東京北医療センターでの 18～24 ヶ月間（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 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(J-OSLER)に登録します．専攻医 3 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します.

7-2）研修 4 年間のうち 1 年間，立場や地域における役割，持てる資源の異なる地域の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研修します.

7-3） 基幹施設である東京北医療センターでの 2～3 年間と専門研修施設群での 1 年間（専攻医 4 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，J-OSLER に登録できます．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します.

専門研修後の成果【整備基準 3】

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研修します.

2） 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，都市部と地域での内科系救急医療を研修します.

3） 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，総合内科医療を研修します.

4） 総合内科的視点を持った Subspecialist：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 として診療を研修します.

２．内科専門医研修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 年間又は 4 年間の研修で育成されます.

2） 専門研修の 3 年間又は 4 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，基本科目修了の終わりに達成度を評価します．具体的な評価方法は後の項目で示します.

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（経験すべき病態等を含む）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ます．J-OSLER への登録と指導医の評価承認とによって目標達成までの段階を up to date に明示することとします．各年次の到達目標は以下の基準を目安とします．内科複合コースでは、4 年次まであるが 3 年次までの到達目標は共通である。

〇専門研修 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，J-OSLER に登録することを目標とします.
•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行うことができるようにします.
•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 度評価とを複数回行って態度の評価を行い担当指導医がフィードバックを行います.

〇専門研修 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，J-OSLER に登録することを目標とします.
•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の監督下で行うことができるようにします.
•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 度評価を複数回行って態度の評価を行います．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します.

〇専門研修 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します．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）とします．この経験症例内容を J-OSLER へ登録します．既に登録を終えた病歴要約は査読を受けます.
•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行うことができるようにします.
•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 度評価を複数回行って態度の評価を行います．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します．また，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しているか否かを指導医が専攻医と面談し，さらなる改善を図ります.

〇専門研修 4 年（内科複合コースのみ）

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します．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）とします．この経験症例内容を J-OSLER へ登録します．既に登録を終えた病歴要約は査読を受けます.
•技能 : 内科領域だけでなく、サブスペシャリティ専門医取得も目指すプログラムであるため、当該サブスペシャリティの知識をいかしつつ，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ようにします.
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 度評価を複数回行って態度の評価を行います．専門研修 3 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します．また，基本領域だけでなく当該サブスペシャリティの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しているか否かを指導医が専攻医と面談し，さらなる改善を図ります.

＜内科研修プログラムの週間スケジュール：総合診療科ローテートの例＞

	（月）	（火）	（水）	（木）	（金）
朝	ﾓｰﾆﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄ	ﾓｰﾆﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄ	ﾓｰﾆﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄ	ﾓｰﾆﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄ	ﾓｰﾆﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄ
午前	病棟	初診外来	病棟	検査	病棟
午後	病棟	病棟	再診外来	病棟	病棟
夕	内科ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	入院症例検討会	レクチャー	抄読会	

【専門研修を通じて行う現場での経験】

① 専攻医 1 年目から初診を含む外来（1 回／週以上）を行います.
② 1 年間の副当直を経験したのちに独立して主当直を経験します.

4） 臨床現場を離れた学習

①最新のエビデンスや病態・治療法について抄読会が開催されており，それを学習します.

②内科カンファレンスと総合診療科カンファレンスにおいて興味関心が生まれた事象に対しての研究結果を共有します。内科系学術集会，JMECC（内科救急講習会）等においても学習します.

5） 自己学習

臨床の現場で生まれた疑問については、Uptodate や Dynamed を用い、自己学習をします。EBM の根拠となった論文を紐解き、批判的吟味を行うことで、エビデンスを実際の意思決定に利用する訓練を行います。また，日本内科学会雑誌の MCQ やセルフトレーニング問題を解き、内科全領域の知識のアップデートの確認手段とします．週に 1 回指導医との振り返りを行います。

３．専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

【整備基準：4，5，8～11】

1） 3 年間又は 4 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こと.

① 70 に分類された疾患群のうち，最低 56 から 1 例を経験すること.

② J-OSLER へ症例 (定められた 20 件のうち，最低 120 例) を登録し，それを指導医が確認・評価すること.

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こと.

④ 技能・態度：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こと.

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ます．東京北医療センターには 総合診療科・循環器内科・消化器内科・呼吸器内科・腎臓内科・血液内科・脳神経内科・糖尿病内科の 8 つの内科系診療科があります．救急疾患は各診療科や救急総合診療科によって管理されており，内科領域全般の疾患が網羅できる体制が敷かれています．これらの診療科での研修を通じて，専門知識の習得を行ないます.

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）モーニングレポート

朝，前日の時間外入院患者を当直医が発表し、患者申し送りを行い，診断や治療方針について議論を行った上で主担当医を決定します．また，現在の受け持ち患者についても報告し、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，診療を継続します.

2）チーム回診

チーム内のすべての患者について，カルテ回診またはベッドサイド回診を行い，方針決定，診療状況の確認を行います.

3）教育回診

すべての患者に対して，週 1 回 EBM の手法に注力したカルテ回診を行います.

4） 総回診：総合診療科カンファレンスにおいて 1 週間に入院した患者を指導医陣に報告します.

5） 症例検討会：総合診療科カンファレンスおよび内科カンファレンスにおいて診断・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，質疑などを行います.

6） ＣＰＣ：死亡・剖検例，難病 ・ 稀少症例についての病理診断を検討します.

7） 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びます.

8） 抄読会・研究報告会（毎週）：受持症例等に関する論文概要を口頭説明し、意見交換を行います． 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 責任について学びます.

9） 振り返り：月に 1 回，指導医とのを行い，その際，当該週の自己学習結果を指導医が評価し，研修手帳に記載します．連携病院・特別連携病院研修中も月に 1 度行います.

10） 学生・初期研修医に対する指導：病棟や外来で医学生・初期研修医を指導します．後輩を指導することは，自分の知識を整理・確認することにつながります.

５．学問的姿勢【整備基準：6，30】

患者から学ぶという姿勢を基本とし，科学的な根拠に基づいた診断，治療を行います（evidence based medicine（EBM） の精神）．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 作ります．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 を奨励します．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ます．

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に関わってくる基本となる能力，資質，態度を患者への診療を通して医療現場から学びます．東京北医療センター（基幹病院）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，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ことにより，地域医療を実施します．地域医療を経験するため，全ての学年で連携施設および特別連携施設での研修期間を設けています．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します．入院症例だけでなく外来での基本となる能力， 知識，スキル，行動の組み合わせを指します．

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ます．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します．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します．

医療安全と院内感染症対策を充分に理解するため，年に 2 回以上の医療安全講習会，感染対策講習会に出席します．出席回数は常時登録され，年度末近くになると受講履歴が個人にフィードバックされ，受講を促します．

７．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】

基幹施設である東京北医療センター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，合計12～24 か月は連携施設もしくは特別連携施設での研修を行うこととします．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ます．4 か月ごと 3 名の専攻医が研修することで，連携施設では 1 名の専攻医が通年して医療を行うことになります．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します．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参加し

ます．地域の基幹病院における救急は，基幹施設の各科対応と異なり，内科のみならず小児科および外傷に対応する技能を要し，基幹施設で行うことができない研修を行うことができます．また特別連携施設は有床診療所と老人福祉施設を併設している施設が多く，医療と福祉の連携を研修することに適しています．

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，常に電話やメールなどを通じて研修センターと連絡ができるようにし，月に 1 回，ワンデーバックして基幹病院を訪れ，外来を行った後に，指導医と面談し，プログラムの進捗状況を報告します．

８．年次毎の研修計画【整備基準：16，25，31】

- ローテートは大きく内科標準コース(基幹 2 年間+連携 1 年間)、サブスペシャリティ重点コース(基幹 2 年+連携 1 年)と内科複合コース(基幹 3 年+連携 1 年)に分けられます．
- 各コースは応募時に希望に応じて割り振られ，原則として研修途中でのコース変更はできません．
- 上記は例であり、具体的な時期は各専攻医毎に調整され異なります

【内科標準コース】

・基幹施設 2 年間＋連携施設 1 年間

・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します．

1 年次から 3 年次まで毎年 4 ヶ月ずつ連携病院もしくは特別連携病院で研修を行います．

4 か月ごと 3 名の専攻医が研修することで，連携施設では 1 名の専攻医が通年して医療を行うことになります．

【サブスペシャリティ重点コース(消化器内科・循環器内科・血液内科)】

・基幹施設 2 年間＋連携施設 1 年間

入職時に専門科を決め、基幹施設である東京北医療センターにて 2 年次より通算 12 ヶ月の専門研修(消化器内科 or 循環器内科 or 血液内科)を行います．

サブスペシャリティ重点コースが設定される科は、消化器内科・循環器内科・血液内科の 3 科です．

・3 年間で各内科をローテートします．1 年次から 3 年次まで毎年 4 ヶ月ずつ連携病院もしくは特別連携病院で研修を行います．

4 か月ごと 3 名の専攻医が研修することで，連携施設では 1 名の専攻医が通年して医療を行うことになります．

【内科複合コース】

・基幹施設 3 年間＋連携施設 1 年間もしくは基幹施設 2 年間＋連携施設 2 年間

・ 入職時に専門科を決め、基幹施設である東京北医療センターにて 3 年分の専門研修(消化

器内科 or 循環器内科 or 血液内科)を行います.

サブスペシャリティ重点コースが設定される科は、消化器内科・循環器内科・血液内科の 3 科です.

・3 年間で各内科をローテートします. 1 年次から 3 年次まで毎年 4 ヶ月ずつ連携病院もしくは特別連携病院で研修を行います.

4 か月ごと 3 名の専攻医が研修することで，連携施設では 1 名の専攻医が通年して医療を行うことになります.

・専攻医 4 年目で内科専門医試験を受験し、合格することにより同じ年度にサブスペ専門医の受験が可能です.

ローテーション例【連携施設1年】

内科標準コース(ローテーション例)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年次	総合診療科				連携病院 ・特別連携病院				循環器内科		呼吸器内科	
2年次	消化器内科		救急		総合診療科				連携病院 ・特別連携病院			
3年次	連携病院 ・特別連携病院				血液内科		※内科研修		総合診療科			

サブスペシャリティ重点コース(ローテーション例)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年次	総合診療科				※内科研修		呼吸器内科		連携病院 ・特別連携病院			
2年次	専門研修(消内or循内or血内)				連携病院 ・特別連携病院				※内科研修		※内科研修	
3年次	連携病院 ・特別連携病院				専門研修(消内or循内or血内)							

内科複合コース(ローテーション例)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
1年次	総合診療科				呼吸器内科		※内科研修		連携病院 ・特別連携病院			
2年次	※内科研修		※内科研修		連携病院 ・特別連携病院				総合診療科			
3年次	連携病院 ・特別連携病院				専門研修(消内or循内or血内)							
4年次	専門研修(消内or循内or血内)											

※内科研修は、消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・血液内科・腎臓内科・総合診療科より選択できます。

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，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．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．

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います．

② 総括的評価

専攻医研修 3 年目の 3 月又は 4 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最終的な評価を行います．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ります．

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．

この修了後に実施される内科専門医試験（毎年夏～秋頃実施）に合格して，内科専門医の資格を取得します．

③ 研修態度の 360 度評価

指導医や上級医のみでなく，メディカルスタッフ（病棟看護師長，臨床検査・放射線技師・臨床工学技士など）から，接点の多い職員を指名し，別添の評価表を用い評価します．

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、振り返りを行い，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ちます．

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．

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運営体制

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北医療センターに設置し，その委員長と各内科系診療科から 1 名ずつ管理委員を選任します.

2） プログラム管理委員会の下部組織として，基幹病院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.

１１．専攻医の就業環境【整備基準：40】

労働基準法を順守し，東京北医療センターの「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研修委員会と労働安全衛生委員会で管理します．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います．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ることとなります．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．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．研修プログラムの改善方法【整備基準：49～51】

4 ヵ月毎に研修プログラム管理委員会を東京北医療センターにて開催し，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，問題点を明らかにします．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ます．また，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こととします.

専門医機構によるサイトビジットに対しては研修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ます.

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います.

1） 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，登録しなければなりません.

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，医師としての適性に疑問がないこと.

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【整備基準 : 21，22】

専攻医は必要書類を専門医認定申請年の 1 月末までにプログラム管理委員会に送付すること．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発行します． 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います.

１５．研修プログラムの施設群【整備基準：23～27】

東京北医療センターが基幹施設となり，地域の中核病院である東京ベイ・浦安市川医療センター(千葉県)、あま市民病院(愛知県)、伊東市民病院(静岡県)、横須賀市立総合医療センター（神奈川県)、市立大村市民病院（長崎県))、練馬光が丘病院（東京都）を連携施設として内科研修を行います．加えて十勝池田地域医療センター（北海道)、東通村診療所（青森県)、六ヶ所村地域医療センター（青森県)、磐梯町保健医療福祉センター（福島県)、女川町地域医療センター（宮城県)、日光市民病院（栃木県)、宮代福祉医療センター（埼玉県)、公立久米島病院（沖縄県)、村立東海病院（茨城県)、公立黒川病院(宮城県)、上野原市立病院(山梨県)、西吾妻福祉病院(群馬県) 、東京都台東区立台東病院（東京都）における地域中核病院および有床診療所を特別連携施設としてとして研修します．

専攻医は 3 年間もしくは 4 年間のうち 12～24 カ月間地域の連携施設・特別連携施設で研修を行います．3 名の専攻医が交代で研修を行うことで，地域では 1 名の専攻医が常時研修する体制になり，地域の医療資源の維持に貢献します．

希望する専攻医は，特別連携施設である有床診療所で研修が可能です．

１６．専攻医の受け入れ数

当プログラムにおける専攻医の上限（学年分）は 1 名（2026 年採用は調整後、採用 2 名）です。

1）東京北医療センターの総合診療科プログラムに加入した医師は新専門医制度を開始以降、10 年間で合計 21 名の実績があります。

2）当内科専門医プログラム以外に総合診療専門研修プログラムがあります．

3）剖検体数は 2025 年度 7 体です．

4）経験すべき症例数の充足について

東京北医療センター　内科系診療科別診療実績（2025 年度実績）

	新入院患者数(人/年)	外来患者数(延日数/年)
内科(総合診療科)	2526	19596
消化器内科	1094	10309
循環器内科	565	7079
腎臓内科	21	8610
呼吸器内科	80	4563
脳神経内科	0	2521
血液内科	349	9936
糖尿病内科	0	2059
救急搬送件数(全体)		10163

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と外来患者疾患を分析したところ，全 70 疾患群のうち，65 において基幹病院である東京北医療センターにて研修が可能です。

１７．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） 出産，育児によって連続して研修を休止できる期間を 6 カ月とし，研修期間内の調整で不足分を補うこととします．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します．また，疾病による場合も同じ扱いとします．

2） 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ます．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します．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ります．

１８．専門研修指導医【整備基準：36】

指導医は下記ように内科学会の基準を満たした医師です．専攻医を指導し，評価を行います．

【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，「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，内科指導医と認めます．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）においてのみ指導医と認めます．

１９．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研修マニュアルにもとづいて行われます．専攻医は J-OSLER 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ます．総括的

評価は臨床検査専門医研修カリキュラムに則り，少なくとも年 1 回行います.

２０．研修に対するサイトビジット（訪問調査）【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ます．サイトビジットにおいては研修指導体制や研修内容について調査が行われます．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います.

２１．専攻医の採用と修了【整備基準：52，53】

1） 採用方法

募集期間内に研修プログラム責任者宛に所定の形式の『東京北医療センター地域医療重点型内科専門研修プログラム応募申請書』および履歴書を提出してください．申請書は (1) 東京北医療センターホームページよりご案内します。

書類選考および面接を行い，採否を決定して本人に文書で通知します. 応募者および選考結果については 東京北医療センター内科専門研修プログラム管理委員会において報告します.

2） 研修開始届け

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，東京北医療センター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します.

- 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します．審査は書類の点検と面接試験からなります.

点検の対象となる書類は以下の通りです.

(1) 専門研修実績記録
(2)「経験目標」で定める項目についての記録
(3)「臨床現場を離れた学習」で定める講習会出席記録
(4) 指導医による「形成的評価表」

面接試験は書類点検で問題にあった事項について行われます.

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，修了証が発行されます.