２０２６年度

新専門医制度　内科領域プログラム
高岡市民病院内科専門研修プログラム

1．理念と使命

① 領域専門制度の理念

内科専門医制度は、国民から信頼される内科領域の専門医を養成するための制度である。本制度における専門研修の基本理念は、指導医の適切な指導の下で、カリキュラムに定め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ことである。内科領域全般の診療能力とは、臓器別の内科系サブスペシャルティ領域の専門医にも共通して求められる基礎的な診療能力である。また、知識や技能に偏らずに、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有し、様々な医療環境で全人的な内科医療を実践する能力である。内科の専門研修では、幅広い疾患群を経験してゆくことによって、内科の基礎的診療を繰り返して学ぶ。その際、単なる繰り返しではなく、疾患や病態によって、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経験もできることに特徴がある。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・評価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が可能になる。

② 領域専門医の使命

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。

研修カリキュラム

2．専門研修の目標

① 専門研修後の成果（Ｏｕｔｃｏｍｅ）

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。本制度の成果とは、必要に応じて多様な環境で活躍できる内科専門医を多く輩出することにある。内科専門医が活躍する場とその役割として、以下のものが想定される。

１）病院医療：内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち、身体・精神の統合的・機能的視野から診断・治療を行う能力を備え実践する。内科疾患全般の初期対応とコモンディジーズの診断と治療を行うことに加え、内科系サブスペシャリストとして診療する際にも、臓器横断的な視点を持ち全人的医療を実践する。

２）地域医療：かかりつけ医として地域において常に患者と接し、内科系の慢性疾患に対して、生活指導まで野に入れた良質な健康管理・予防医学と日常診療を任務とする全人的な内科診療を実践する。

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

※ それぞれのキャリア形成やライフステージによって、これらいずれかの形態に合致することもあれば、同時に兼ねることもある。いずれにしても内科医としてのプロフェッショナリズムの涵養とジェネラルなマインドが重要である。

② 到達目標（修得すべき知識・技能・態度等）

ⅰ 専門知識

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医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-DiemPayment 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）

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; evidencebased 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

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）

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

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．専門研修の方法

① 臨床現場での学習

１）各診療科あるいは内科合同カンファレンスを通じて、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）初診を含む外来の担当医として経験を積む。
３）内科領域の救急診療の経験を、外来あるいは当直を通じて積む。

② 臨床現場を離れた学習（各専門医制度において学ぶべき事項）

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、感染対策、臨床研究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等は、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、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（学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示）

カリキュラムでは､知識に関する到達レベルをＡ(病態の理解と合わせて十分に深く知っている)とＢ(概念を理解し、意味を説明できる）に分類、 技術・技能に関する到達レベルを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)に分類、さらに、 症例に関する到達レベルを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ションで学習した）と分類している。自身の経験がなくても自己学習すべき項目については､内科系学会が行っているセミナーのＤＶＤ やオンデマンドの配信さらに、日本内科学会雑誌の Multiple Choice Questions(MCQ)や、日本内科学会の行っているセルフトレーニング問題を活用して学習する。

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）

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

① 形成的評価

１）フィードバックの方法とシステム

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。
・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、Ｊ－ＯＳＬＥＲに登録する。プログラム内の病歴指導医、病歴要約二次評価査読委員による評価とフィードバックが行われ、専門研修３年次修了までに全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、プログラム管理委員会は年に１回以上、Ｊ－ＯＳＬＥＲを用いて、履修状況を確認して適切な助言を行う。必要に応じて専攻医の研修中プログラムの修整を行う。

２）（指導医層の）フィードバック法の学習（FD）

指導法の標準化のため厚生労働省が実施する指導医講習会の受講が推奨される。

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 度評価は年に複数回行ってフィードバックを行う。

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の認定基準

①　専門研修基幹施設の認定基準

専門研修基幹施設は以下の条件を満たし、過去の専門医養成実績を勘案して、日本専門医機構内科領域研修委員会が認定する。

１）専攻医の環境

・原則、臨床研修制度の基幹型研修指定病院であること。
・研修に必要な図書やインターネットの環境が施設内に整備されていること。
・適切な労務環境が保障されていること。
・メンタルストレスに適切に対処する部署が整備されていること。
・ハラスメント対策委員会が整備されていること。
・女性専攻医向けの安全な休憩室や更衣室等が配慮されていること。
・敷地内外を問わず保育施設等が利用可能であること。

２）専門研修プログラムの環境

・指導医が３名以上在籍していること。
・プログラム管理委員会を設置し、基幹施設と連携施設に設置されている研修委員会との連携を図ることができること。
・基幹施設内において研修する専攻医の研修を管理する研修委員会を設置すること。
・医療倫理・医療安全・感染対策講習会を定期的に開催して、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ること。
・研修施設群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ること。
・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ること。
・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ること。
・プログラムに所属する全専攻医に JMECC 受講の機会を提供し、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ること。
・施設実地調査（サイトビジット）に対応可能な体制が整っていること。
・プログラムに指導医の在籍していない施設（特別連携施設：診療所や過疎地病院、あるいは研究施設等を想定）での専門研修が含まれる場合には、基幹施設に所属する指導医がその施設での研修指導を行えるような工夫をしていること（テレビ電話等）。

３）診療経験の環境

・カリキュラムに示された内科領域 13 分野のうち 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ること。
・70 疾患群のうち 35 以上の疾患群が研修可能であること。
・専門研修に必要な剖検を適切に行っていること。

４）学術活動の環境

・臨床研究が可能な環境が整っていること。
・倫理委員会が設置されていること。
・臨床研究センターや治験センター等が設置されていること。
・日本内科学会講演会あるいは同地方会に年間で計 3 演題以上の学会発表をしていること。

② 専門研修連携施設の認定基準

専門研修連携施設は以下の条件を満たし、基幹施設との連携機能を勘案して、日本専門医機構内科領域研修委員会が認定する。

1）専攻医の環境

・臨床研修指定病院であることが望ましいが、必須ではない。
・研修に必要なインターネットの環境が施設内に整備されていること。
・適切な労務環境が保障されていること。
・メンタルストレスに適切に対処するため基幹施設と連携可能であること。
・ハラスメント対策委員会が整備されていること。
・女性専攻医向けの安全な休憩室や更衣室等が配慮されていること。
・敷地内外を問わず保育施設等が利用可能であること。

2）専門研修プログラムの環境

・指導医が１名以上在籍していること（施設の研修委員会）。
・研修委員会を設置して、施設内で研修する専攻医の研修を管理し、基幹施設のプログラム管理委員会と連携を図ることができること。
・医療倫理・医療安全・感染対策講習会の定期的な開催が望ましい。開催している場合には、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ること。開催が困難な場合には、基幹施設で行う上記講習会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ていること。
・研修施設群合同カンファレンスを定期的に参画し、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ること。
・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ることが望ましい。開催が困難な場合には、基幹施設で行うＣＰＣ、もしくは日本内科学会が企画するＣＰＣ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ていること。
・地域参加型のカンファレンスを定期的に参画し､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ること。

3）診療経験の環境

・カリキュラムに示された内科領域 13 分野のうちいずれかの分野で定常的に専門研修が可能な症例数を診療していること。

4）学術活動の環境

・日本内科学会講演会あるいは同地方会に年間で計１演題以上の学会発表をしていること。

なお、内科領域では、診療所での経験や過疎地での診療経験も幅広い専門研修の一部であり、地域に根ざした全人的な医療の担い手としての素養を育成すると考えている。また、内科専門医としての知識や技能を得るためには、他の基本領域のローテーション研修（例：内視鏡研修、救急研修、病理研修、麻酔科研修等）や研究機関での勤務も有益である。しかし、このような施設では、指導医が在籍しない可能性がある。そこで、このような指導医が在籍しない施設を特別連携施設としてプログラム内に規定し、最大１年までの研修を認めることとする。特別連携施設には要件を課さないが、基幹施設のプログラム管理委員会と研修委員会とが管理と指導の責任を担うことを条件とする。

③ 専門研修施設群の構成要件

内科専門研修プログラムは複数の専門研修施設が協力して運営される。カリキュラムに示された疾患経験をどのように施設内で配分するかはプログラムにおいて設定され、その妥当性を示すことが求められるが、以下を勘案して日本専門医機構内科領域研修委員会が承認する。

専門研修基幹施設は地域で中核となる急性期病院であり、そこでの研修は、地域における中核的な医療機関の果たす役割、高度な急性期医療、あるいは稀少疾患を中心とした診療経験を研修するのに適している。また、臨床研究や症例報告等の学術活動の素養を身につけることに適している。一方、連携施設や特別連携施設では、地域の第一線に立ち、患者の生活により近づいてコモンディジーズを中心とした急性期および慢性期医療を経験することにより、地域医療や

全人的医療を研修するのに適している。これらを組み合わせて、高度な急性期医療と患者の生活に根ざした地域医療とを経験できるように施設群を形成することが求められる。このような施設群による３年間の専門研修で、幅広く柔軟性に富んだ専門医を養成する。

④ 専門研修施設群の地理的範囲

基幹施設と連携施設とが地理的に離れている場合には、その移動や連携に支障が生じる可能性があるため、施設群は都道府県やブロック内に構成されることが望ましい。ただし、医師偏在の緩和を念頭に置いた研修の一環として、地理的に離れた連携を取ることも想定される。その場合、施設連携の保障と必要性について、日本専門医機構内科領域研修委員会が確認する。

⑤ 専攻医受入数についての基準（診療実績、指導医数等による）

１）指導医数：基幹施設と連携施設とに所属し、かつその専門研修プログラムに専属の指導医の人数の合計数が年度内募集定員の上限である。なお、ここでの指導医とは別に定める日本内科学会指導医要件（項目 36）を満たし、専門研修プログラムに指導医としての役割が登録された医師である。
※ 指導医１名は同時に３名までの専攻医を指導できる。内科以外の専攻医を指導する場合はこの数に含めない。
２）施設群の年度内募集専攻医数は３名以上でなければならない。
３）また、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）が専攻医の人数分は担保されなければならない。

高岡市民病院内科専門研修プログラムで募集可能な内科専攻医数は１学年３名とします。
１）高岡市民病院内科後期研修医は、現在３学年併せて０名在籍しています。
２）剖検体数は、2023年度３体,2024年度５体、2025年度３体です。

表．高岡市民病院診療科別診療実績

2025 年度実績	入院患者実数（人／年）	外来患者数（延人数／年）
消化器内科	1,188	12,347
循環器内科	504	5,426
内分泌・代謝内科	996	18,868
リウマチ・腎臓内科		
呼吸器内科		
脳神経内科	175	4,763
救急	1,312	3,005

領域によっては、専攻医全員の症例を確保するのが困難であることから、連携施設での不足分を充足することで、修了要件を充分に満たすことが可能です。

⑥ 地域医療・地域連携への対応

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。

⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法

・僻地など、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ことが必須である。専攻医が基幹施設へ訪問するか、あるいは指導医が研修施設へ訪問するなど、月に数回程度、専攻医と指導医との間で直接的な指導を行う体制を構築する。
・ＤＶＤやビデオの教材やオンデマンド配信、オンライン研修を利用できる環境であることを条件とする。

⑧ 研究に関する考え方

内科専門研修では、科学的根拠に基づいた思考を全人的に活かす必要性を強調している。このため、病歴要約における考察の記載を起点として、症例報告や多彩な臨床的疑問の抽出とその解決を導く臨床研究の経験と報告が求められている。専攻医は学会発表や論文発表を筆頭者として 2 件行うことが求められる。このような学術活動は、EBM 的思考や臨床研究を行う環境が整っている施設に所属して研鑽することにより､その素養を得られると考えられる｡このため、主に基幹施設での学術活動の環境を重視して施設要件に加えている。また、内科専門医像の中には、医学研究者としての選択も含まれるため、大学院等の所属についてもこれを認められるが、研修修了条件は同一である。

⑨ 診療実績基準（基幹施設と連携施設）［症例数・疾患・検査/処置・手術等］

基幹施設：地域の中核をなす急性期病院で以下を満たす。
・病院病床数：原則、300 床以上
・カリキュラムに示す内科領域 13 分野のうち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ること。
・70 疾患群のうち 35 以上の疾患群について研修できること。
連携施設：施設の外形基準を定めない。

⑩ サブスペシャルティ領域との連続性について

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ない。

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

⑪ 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

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、その継続的研修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）。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

① 専門研修プログラムの管理運営体制の基準

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

指導医は日本内科学会が定める以下の要件を満たすことが必要である。

【必須要件】

１．内科専門医資格を取得していること。
２．専門医取得後に臨床研究論文（症例報告含む）を発表（「first author」もしくは「corresponding author」であること）しているか、もしくは学位を有していること。
３．厚生労働省の指導医講習会を修了していること。
４．内科医師として十分な診療経験を有すること。

【選択とされる要件（下記の１，２いずれかを満たすこと）】

１．ＣＰＣ、ＣＣ、学術集会（医師会含む）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、移行期における指導医の引き抜き等の混乱を避けるために、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ものがある。

・ 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：

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は研修委員会を必ず設置し、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。

時間外勤務の上限を明示し、労働条件をプログラムに明記する。2024 年より医師の働き方改革が始まったことにともない、専攻医のみならず指導医の労働環境についても配慮する。

7．専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

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。年に複数回評価を実施し、専攻医が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。

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

各専門研修プログラムでは、下記(44－48)のマニュアルとフォーマットを整備しなければならない。なお、専攻医の研修実績と到達度、評価と逆評価、病歴要約、学術活動の記録、および各種講習会出席の記録をＪ－ＯＳＬＥＲで行う。

◎ 専攻医研修マニュアル

各専門研修プログラムは、専攻医候補の臨床研修医に専門研修内容とその特徴を明示するため、専攻医研修ガイドを作成して提示しなければならない。そのガイドに記載を要する項目は以下のとおりである。

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
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）本整備基準に示す年次ごとの症例経験到達目標を達成するための研修の具体的な目安
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
9）プログラム修了の基準
10）専門医申請に向けての手順
11）プログラムおよび各施設での待遇
12）プログラムの特色
13）継続したサブスペシャルティ領域の研修の可否
14）逆評価の方法とプログラム改良に向けた姿勢
15）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の明示（日本専門医機構内科領域研修委員会とする）
16）その他

◎ 指導者マニュアル

各専門研修プログラムは、専攻医の指導にあたる指導医向けに指導ガイドを作成し、指導医に提示しなければならない。このガイドには以下の内容が含まれる必要がある。

1）上記の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
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
3）個別の症例経験に対する評価方法と評価基準。
4）Ｊ－ＯＳＬＥＲの利用方法
5）逆評価とＪ－ＯＳＬＥＲを用いた指導医の指導状況把握
6）指導に難渋する専攻医の扱い方
7）プログラムおよび各施設における指導医の待遇
8）ＦＤ（ファカルティ・ディベロップメント）講習の出席義務
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の明示（日本専門医機構内科領域研修委員会とする）
10）その他

◎ 専攻医研修実績記録フォーマット

Ｊ－ＯＳＬＥＲを用いる。

◎ 指導医による指導とフィードバックの記録

Ｊ－ＯＳＬＥＲを用いる。

◎ 指導者研修計画（ＦＤ）の実施記録

Ｊ－ＯＳＬＥＲを用いる。

８．専門研修プログラムの評価と改善

① 専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価

Ｊ－ＯＳＬＥＲを利用して無記名式の逆評価を年に複数回実施する。また、年に複数の研修施設に在籍して研修を行う場合は、施設ごとに逆評価を行い、その集計結果は担当指導医、施設の研修委員会、およびプログラム統括委員会が閲覧可能である。また集計結果に基づき、プログラムや指導医、あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てる。改善への取り組み方は項目 50 を参照。

② 専攻医等からの評価（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､および日本専門医機構内科領域研修委員会はＪ－ＯＳＬＥＲを使用して、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以下に分類して対応を検討する。

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。各プログラムはサイトビジットの重要性を理解し、基幹施設は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なければならない。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なければならない。また、虚偽の申告やサイトビジットに対応できない等の不適切な事象が認められた場合には日本専門医機構内科領域研修委員会で対応を検討する。なお、日本専門医機構内科領域研修委員会はＪ－ＯＳＬＥＲを用いて各プログラムの専攻医の研修進捗状況を把握して、サイトビジットを行うものとする。

９．専攻医の採用と修了

① 採用方法

プログラムに公表し、それに基づいて応募する専攻医を、プログラム管理委員会が選考する。選考基準は各プログラムで設定されるが、面接は必須要件である。

② 修了要件（最終頁 別表参照）

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プログラム管理委員会が確認して修了判定会議を行う。

1）主担当医としてカリキュラムに定める全 70 疾患群の全てを経験し、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、項目 12 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項目 14 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。

他に自領域のプログラムにおいて必要なこと

内科領域の専門研修プログラムは研修の質を担保するため、症例数や指導医数を中心とした教育資源をもとにプログラムを構築することとなっている。しかし、プログラム構築と専攻医の育成には教育資源だけではなく、地域全般の理解と協力が必要となる。そのためプログラム制の導入にあたっては、各地域の実情等に配慮した措置や見直しを行うことがある。また新制度開始後、専門研修をめぐる社会情勢の変化（医師偏在や医師不足の顕在化、コロナ禍、医師の働き方改革、医師法や医療法の改正等）があった。今後も専門研修をめぐる社会情勢を踏まえつつ、持続可能な研修プログラムの見直しを引き続き行う。

高岡市民病院内科専門研修施設群

（研修期間：３年間（基幹施設２年間＋連携・特別連携施設１年間）

表１　各研修施設の概要

	病院	病床数	内科系 病床数	内科系 診療科数	内科 指導医数	総合内科 専門医数	内科 剖検数
基幹施設	高岡市民病院	343	150	6	8	9	3
連携施設	富山赤十字病院	401	196	8	13	14	3
連携施設	JCHO 高岡ふしき病院	199	153	7	5	3	0
連携施設	飛騨市民病院	81	45	5	1	1	0

表２　各内科専門研修施設の内科１３領域の研修の可能性

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	アレルギー	膠原病	感染症	救急
高岡市民病院	○	○	○	○	○	○	△	△	○	○	○	○	○
富山赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○
JCHO高岡ふしき病院	○	○	○	○	△	○	○	△	△	○	○	○	○
飛騨市民病院	○	○	○	○	△	○	○	△	△	△	△	○	○

各研修施設での内科１３領域における診療経験の研修可能性を３段階に評価しました。

研修の可能性：（○研修できる　△時にできる　×ほとんど研修できない）

専門研修施設群の構成要件

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。高岡市民病院内科専門研修施設群研修施設は富山県および高岡市内の医療機関から構成されています。

高岡市民病院は、富山県高岡医療圏の中心的な急性期病院です。そこでの研修は、地域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身につけます。

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富山赤十字病院、地域医療密着型病院であるJCHO高岡ふしき病院及び飛騨市民病院で構成しています。

地域基幹病院では、高岡市民病院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。

専門研修基幹施設

高岡市民病院

認定基準 １）専攻医の環境	・初期臨床研修制度の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。医学中央雑誌および海外ジャーナルが閲覧できます。 ・高岡市民病院医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（市民病院事務局総務課）があります。 ・ハラスメント委員会が高岡市役所に整備されています。 ・女性専攻医が安心して勤務できるように、休憩室、更衣室、当直室が整備されています。 ・院内保育所があり、利用可能です。
認定基準 ２）専門研修プログラムの環境	・基幹施設として「高岡市民病院内科専門研修プログラム」を作成しており、富山大学，金沢大学、富山赤十字病院の内科専門医研修プログラムの連携施設となっています。 ・内科指導医が８名、総合内科専門医９名が在籍しています。 ・内科専門研修プログラム管理委員会を設置して、施設内で研修する専攻医の研修を管理し、基幹施設、連携施設に設置されている研修委員会との連携を図ります。 ・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ます。 ・研修施設群合同カンファレンスを定期的に参画し、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ます。 ・地域参加型のカンファレンス（紹介症例検討会、救急症例検討会、キャンサーボードなど）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ます。
認定基準 ３）診療経験の環境	カリキュラムに示す内科領域 13 分野（総合内科、消化器、循環器、内分泌、代謝、腎臓、呼吸器、神経、アレルギー、膠原病、感染症および救急)で定常的に専門研修が可能な症例数を診療しています。
認定基準 ４）学術活動の環境	日本内科学会地方会に年間で３演題の学会発表をしています。その他、各専門領域で行われる研究会、講演会、学会に参加し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えます。
指導責任者	寺村　千里 【内科専攻医へのメッセージ】 高岡市民病院は、高岡医療圏の救急医療を支え、癌や循環器疾患等を中心とした高度急性期医療ともに結核、特殊感染症、災害医療を提供しています。また、高岡医療圏の回復期、慢性期、在宅医療を担う医療機関に対する後方支援の役割を担い、地域全体で質の高い地域医療・在宅医療が提供できる地域包括ケアシステムを推進しています。 内科では循環器、消化器、神経内科、腎臓、内分泌・代謝疾患の診断と治療の基礎・専門的医療を研修でき、地域医療に貢献できる専門医を育成します。また、主担当医として社会的背景・療養環境調整を包括する全人的医療を実践する内科専門医をめざせるように教育に力をいれています。

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９名 日本消化器病学会消化器専門医４名・指導医１名 日本消化器内視鏡学会専門医４名・指導医２名 日本循環器学会循環器専門医３名 日本内分泌学会専門医１名・指導医１名 日本糖尿病学会専門医１名・指導医１名 日本神経学会神経内科専門医２名・指導医２名 日本リウマチ学会専門医２名・指導医１名・評議員１名 日本救急医学会救急科専門医１名 日本心血管インターベンション治療学会認定医１名 日本不整脈心電図学会不整脈専門医１名 日本透析医学会透析専門医１名 インフェクションコントロールドクター２名　　ほか
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・病院連携などを経験できます。
学会認定施設 （内科系）	日本内科学会専門医制度教育病院 日本糖尿病学会認定教育施設Ⅱ 日本内分泌学会認定教育施設 日本リウマチ学会教育施設 日本循環器学会認定循環器専門医研修関連施設 日本透析医学会専門医制度教育関連施設 日本消化器内視鏡学会専門医制度認定指導施設 日本消化器病学会専門医制度認定施設 日本神経学会準教育施設 日本がん治療認定医機構認定研修施設 日本緩和医療学会認定研修施設　　など

内科専攻医研修（モデル）

図１　内科標準タイプ

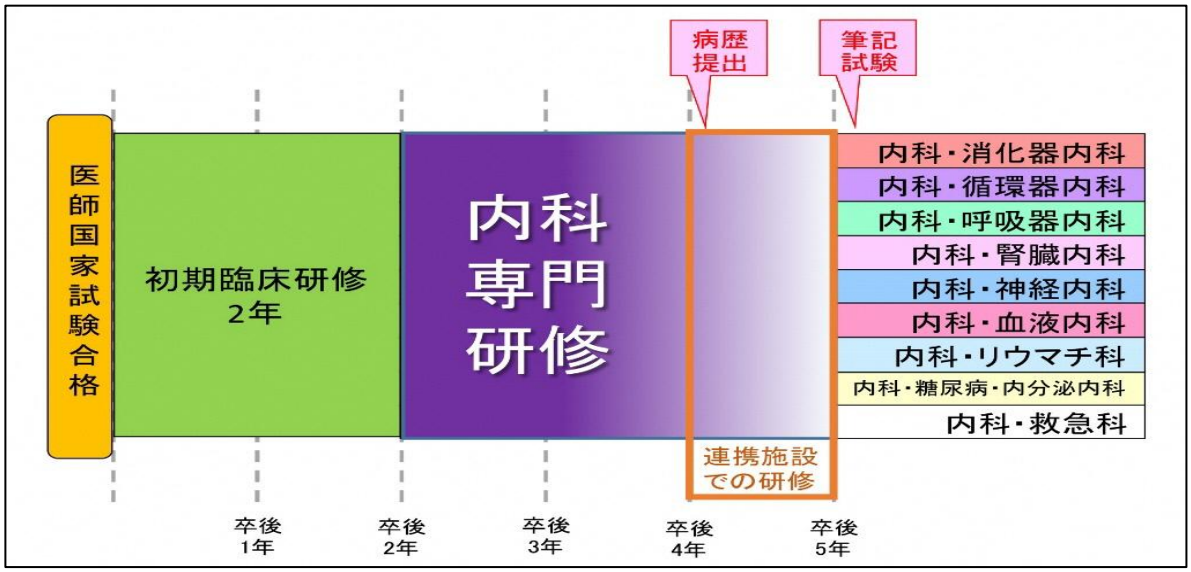
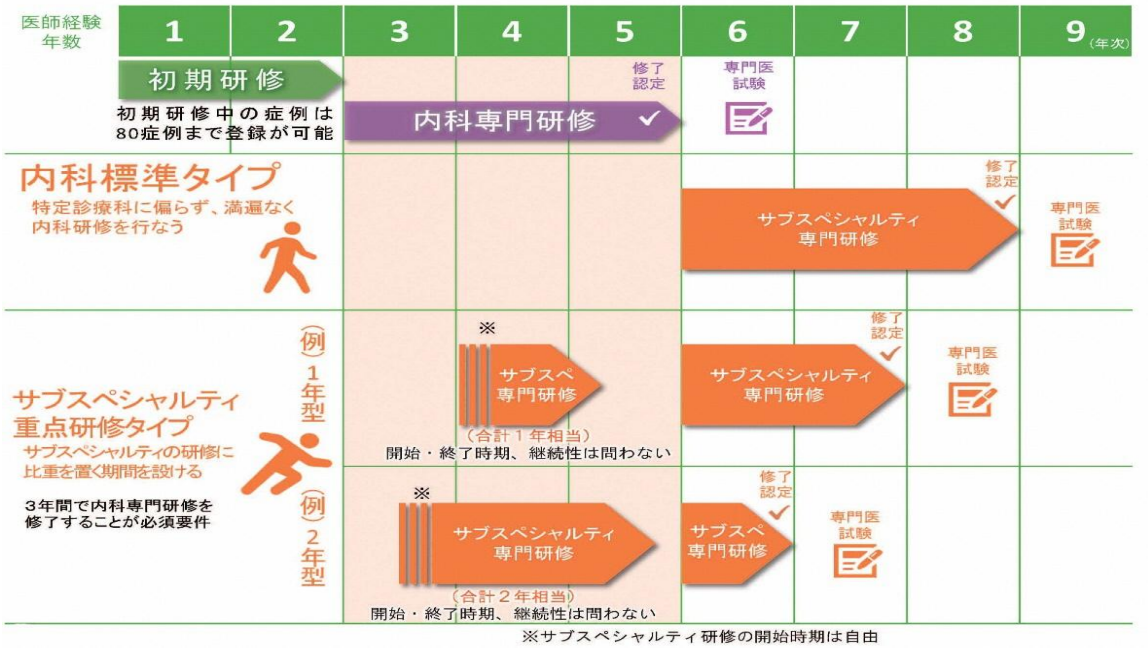


図２　内科専門研修トサブスペシャルテイ専門研修の連動研修（並行研修）の概念図



別表．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。