近江八幡市立総合医療センター
内科専門研修プログラム



基本理念

多くの人々との出会いを通じて、新しい医療環境の創造に努めます。

近江八幡市立総合医療センター

1. 理念・使命・特性

理念【整備基準 1】

1）本プログラムは，滋賀県東近江医療圏の中心的な急性期病院である近江八幡市立総合医療センターを基幹施設として，滋賀県東近江医療圏・近隣医療圏にある連携施設・特別連携施設とで内科専門研修を経て滋賀県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，基本的臨床能力獲得後は必要に応じた可塑性のある内科専門医として滋賀県全域を支える内科専門医の育成を行います.

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＋連携施設・特別連携施設 半年～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します.

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です．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先導者の持つ能力です．内科の専門研修では，幅広い疾患群を順次，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経験とが加わることに特徴があります．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を可能とします.

使命【整備基準 2】

1）滋賀県東近江医療圏に限定せず，超高齢社会を迎えた日本を支える内科専門医として，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います.

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，標準的な医療を安全に提供，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，日本国民を生涯にわたって最善の医療を提供してサポートできる研修を行います.

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います.

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います.

特性

1）本プログラムは，滋賀県東近江医療圏の中心的な急性期病院である近江八幡市立総合医療センターを基幹施設として，滋賀県東近江医療圏，近隣医療圏とで内科専門研修を経て超高齢社会を迎えた我が国の医療事情を理解し，地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練され，基本的臨床能力得獲後は必要に応じた可塑性のある内科専門医として滋賀県全域を支える内科専門医の育成を行います．研修期間は基幹施設 2 年半（または2年間）＋連携施設・特別連携施設半年（または1年間）の3年間になります．

2）近江八幡市立総合医療センター内科施設群専門研修では，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・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します．そして，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）基幹施設である近江八幡市立総合医療センターは，滋賀県東近江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．一方で，地域に根ざす第一線の病院でもあり，コモンディジーズの経験はもちろん，超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験もでき，高次病院や地域病院との病病連携や診療所（在宅訪問診療施設などを含む）との病診連携も経験できます．

4）基幹施設である近江八幡市立総合医療センターでの 2 年間（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（J-OSLER）に登録できます．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ます．

5）近江八幡市立総合医療センター内科研修施設群の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するために，専門研修 3 年間うち 1 年間または半年間，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します．

6）基幹施設である近江八幡市立総合医療センターでの 2 年間と専門研修施設群での 1 年間または半年間（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，日本内科学会 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】

内科専門医の使命は，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す．内科専門医のかかわる場は多岐にわたるが，それぞれの場に応じて，

1）地域医療における内科領域の診療医（かかりつけ医）
2）内科系救急医療の専門医
3）病院での総合内科（Generality）の専門医

4）総合内科的視点を持った Subspecialist

に合致した役割を果たし，地域住民，国民の信頼を獲得します．それぞれのキャリア形成やライフステージ，あるいは医療環境によって，求められる内科専門医像は単一でなく，その環境に応じて役割を果たすことができる，必要に応じた可塑性のある幅広い内科専門医を多く輩出することにあります．近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群での研修終了後はその成果として，内科医としてのプロフェッショナリズムの涵養と General なマインドを持ち，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可能な人材を育成します．そして，滋賀県東近江医療圏に限定せず，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していることを要します．また，希望者は Subspecialty 領域専門医の研修や高度・先進的医療，大学院などでの研究を開始する準備を整えうる経験をできることも，本施設群での研修が果たすべき成果です．

2. 募集専攻医数【整備基準 27】

下記 1)～7)により，近江八幡市立総合医療センター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 10 名とします．

1）近江八幡市立総合医療センター内科後期研修医は現在 3 学年併せて 12 名で 1 学年 3～6 名の実績があります．

2）近江八幡市管轄公立病院として雇用人員数に一定の制限があるので，募集定員の大幅増は現実性に乏しいです．

3）剖検体数(内科系)は 2024 年度 2 体,2025 年度 5 体です．

表．近江八幡市立総合医療センター診療科別診療実績

2025 年実績	入院患者実数（人/年）	外来延患者数（延人数/年）
消化器内科	1,831	17,095
循環器内科	1,836	15,117
糖尿病・内分泌内科	237	8,745
腎臓内科	902	10,810
呼吸器内科	0	3,005
脳神経内科	170	7,774
血液内科	308	6,531
膠原病（リウマチ）	0	600
総合内科	602	6,225

※各科救急からの外来・入院を含む

4）代謝，内分泌，血液，膠原病（リウマチ）領域の入院患者は少なめですが，外来患者診療を含め，1 学年 10 名に対し十分な症例を経験可能です．

5）13 領域の専門医が少なくとも 1 名以上在籍しています．

6）1 学年 10 名までの専攻医であれば，専攻医 2 年修了時に「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた 45 疾患群，120 症例以上の診療経験と 29 病歴要約の作成は達成可能です．

7）専攻医 3 年目に研修する連携施設・特別連携施設には，高次機能・専門病院 7 施設，地域基幹病院 2 施設および地域医療密着型病院 3 施設，計 12 施設あり，専攻医のさまざま希望・将来像に対応可能です．

8）専攻医 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達成可能です．

3. 専門知識・専門技能とは

1）専門知識【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」，「膠原病および類縁疾患」，「感染症」，ならびに「救急」で構成されます.

これらの分野における「解剖と機能」，「病態生理」，「身体診察」，「専門的検査」，「治療」，「疾患」などを目標（到達レベル）とします.

2）専門技能【整備基準 5】

内科領域の「技能」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・治療方針決定を指します. さらに全人的に患者・家族と関わってゆくことや他の Subspecialty 専門医へのコンサルテーション能力とが加わります．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ません.

4. 専門知識・専門技能の習得計画

1）到達目標【整備基準 8～10】

主担当医として「研修手帳（疾患群項目表）」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します．内科領域研修を幅広く行うため，内科領域内のどの疾患を受け持つかについては多様性があります．そこで，専門研修（専攻医）年限ごとに内科専門医に求められる知識・技能・態度の修練プロセスは以下のように設定します.

○専門研修（専攻医） 1 年:

- 症例：「研修手帳（疾患群項目表）」に定める 70 疾患群のうち，少なくとも 20 疾患群以上の症例を経験し，日本内科学会 J-OSLER にその研修内容を登録します．以下，全ての専攻医の登録状況については担当指導医の評価と承認が行われます.
- 専門研修修了に必要な病歴要約を 10 症例以上記載して日本内科学会 J-OSLER に登録します.
- 技能：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，Subspecialty 上級医とともに行うことができます.
- 態度：専攻医自身の自己評価と指導医，Subspecialty 上級医および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.

○専門研修（専攻医） 2 年:

- 症例：「研修手帳（疾患群項目表）」に定める 70 疾患群のうち，通算で少なくとも 45 疾患群以上の経験をし，日本内科学会 J-OSLER にその研修内容を登録します.
- 専門研修修了に必要な病歴要約をすべて記載して日本内科学会 J-OSLER への登録を終了します.
- 技能：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，Subspecialty 上級医の監督下で行うことができます.
- 態度：専攻医自身の自己評価と指導医，Subspecialty 上級医および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ます．専門研修（専攻医）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.

○専門研修（専攻医）３年:

・症例：主担当医として「研修手帳（疾患群項目表）」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します．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ます）を経験し，日本内科学会 J-OSLER にその研修内容を登録します.

・専攻医として適切な経験と知識の修得ができることを指導医が確認します.

・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 4 6 専門研修プログラム整備基準【内科領域】 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。

・

専門研修修了には，すべての病歴要約 29 症例の受理と，少なくとも 70 疾患群中の 56 疾患群以上で計 120 症例以上の経験を必要とします．日本内科学会 J-OSLER における研修ログへの登録と指導医の評価と承認とによって目標を達成します.

近江八幡市立総合医療センター内科施設群専門研修では，「研修カリキュラム項目表」の知識，技術・技能修得は必要不可欠なものであり，修得するまでの最短期間は３年間とするが，修得が不十分な場合，修得できるまで研修期間を１年単位で延長します.

一方でカリキュラムの知識，技術・技能を修得したと認められた専攻医には積極的に Subspecialty 領域専門医取得に向けた知識，技術・技能研修を開始させます.

① 臨床現場での学習【整備基準 13】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ます．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ます．（下記１～５参照）この過程によって専門医に必要な知識，技術・技能を修得します．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します．また，自らが経験することのできなかった症例については，カンファレンスや自己学習によって知識を補足します．これらを通じて，遭遇する事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えるようにします.

② 内科専攻医は，担当指導医もしくはSubspecialtyの上級医の指導の下，主担当医として入院症例と外来症例の診療を通じて，内科専門医を目指して常に研鑽します．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します.

③ 定期的（毎週 1 回）に開催する各診療科あるいは内科合同カンファレンスを通じて，担当症例の病態や診断過程の理解を深め，多面的な見方や最新の情報を得ます．また，プレゼンターとして情報検索およびコミュニケーション能力を高めます.

④ 総合内科外来（初診を含む）と Subspecialty 診療科外来（初診を含む）を少なくても週 1 回，1 年以上担当医として経験を積みます.

⑤ 救命救急センターの内科外来（平日夕方）で内科領域の救急診療の経験を積みます.

⑥ 当直医として病棟急変などの経験を積みます.

⑦ 要に応じて，Subspecialty 診療科検査を担当します.

2）臨床現場を離れた学習【整備基準 14】

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，などについて，以下の方法で研鑽します.

① 定期的（毎週 1 回程度）に開催する各診療科での抄読会
② 医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習会
※ 内科専攻医は年に 2 回以上受講します.
③ CPC
④ 研修施設群合同カンファレンス（年 2 回開催予定）
⑤ 地域参加型のカンファレンス
⑥ JMECC 受講
※内科専攻医は必ず専門研修 1 年もしくは 2 年までに 1 回受講します)
⑦ 内科系学術集会（下記「7．学術活動に関する研修計画」参照）
⑧ 各種指導医講習会/JMECC 指導者講習会

など

3）自己学習【整備基準 15】

「研修カリキュラム項目表」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（経験は少数例ですが，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）と分類しています．自身の経験がなくても自己学習すべき項目については，以下の方法で学習します.

① 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
② 日本内科学会雑誌にある MCQ
③ 日本内科学会が実施しているセルフトレーニング問題など

4）研修実績および評価を記録し，蓄積するシステム【整備基準 41】

日本内科学会 J-OSLER を用いて，以下を web ベースで日時を含めて記録します.

- 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します．指導医はその内容を評価し，合格基準に達したと判断した場合に承認を行います.
- 専攻医による逆評価を入力して記録します.
- 全 29 症例の病歴要約を指導医が校閲後に登録し，専門研修施設群とは別の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受理（アクセプト）されるまでシステム上で行います.
- 専攻医は学会発表や論文発表の記録をシステムに登録します.
- 専攻医は各専門研修プログラムで出席を求められる講習会等（例：CPC，地域連携カンファレンス，医療倫理・医療安全・感染対策講習会）の出席をシステム上に登録します.

5. プログラム全体と各施設におけるカンファレンス【整備基準 13, 14】

近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群でのカンファレンスの概要は，施設ごとに実績を記載した（「近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群」参照）．プログラム全体と各施設のカンファレンスについては，基幹施設である近江八幡市立総合医療センター医師臨床研修センターが把握し，定期的に E-mail などで専攻医に周知し，出席を促します．

6. リサーチマインドの養成計画【整備基準 6, 12, 30】

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す．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ります．

近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群は基幹施設，連携施設，特別連携施設のいずれにおいても，

① 患者から学ぶという姿勢を基本とする．
② 科学的な根拠に基づいた診断，治療を行う（EBM;evidencebasedmedicine）．
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・病態の理解につながる研究を行う．
⑤ 症例報告を通じて深い洞察力を磨く．

といった基本的なリサーチマインドおよび学問的姿勢を涵養します．併せて，

① 初期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．

を通じて，内科専攻医としての教育活動を行います．

7. 学術活動に関する研修計画【整備基準 12】

近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群は基幹病院，連携病院，特別連携病院のいずれにおいても，

① 内科系の学術集会や企画に年 2 回以上参加します（必須）．
※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 Subspecialty 学会の学術講演会・講習会を推奨します．
② 経験症例についての文献検索を行い，症例報告を行います．
③ 臨床的疑問を抽出して臨床研究を行います．
④ 内科学に通じる基礎研究を行います．
⑤ 内科専攻医は学会発表あるいは論文発表は筆頭者２件以上行います．

なお，専攻医が，社会人大学院などを希望する場合でも，近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラムの修了認定基準を満たせるようにバランスを持った研修を推奨します．

8. コア・コンピテンシーの研修計画【整備基準 7】

「コンピテンシー」とは観察可能な能力で，知識，技能，態度が複合された能力です．これは観察可能であることから，その習得を測定し，評価することが可能です．その中で共通・中核となる，コア・コンピテンシーは倫理観・社会性です．

近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群は基幹施設，連携施設のいずれにおいても指導医，Subspecialty 上級医とともに下記１）～10）について積極的に研鑽する機会を与えます．プログラム全体と各施設のカンファレンスについては，基幹施設である近江八幡市立総合医療センター医師臨床研修センターが把握し，定期的に E-mail などで専攻医に周知し，出席を促します．

内科専門医として高い倫理観と社会性を獲得します.
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
※ 教える事が学ぶ事につながる経験を通し，先輩からだけではなく後輩，医療関係者からも常に学ぶ姿勢を身につけます.

9. 地域医療における施設群の役割【整備基準 11, 28】

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．近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群研修施設は滋賀県東近江医療圏，近隣医療圏から構成されています.
近江八幡市立総合医療センターは，滋賀県東近江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・病病連携の中核です．一方で，地域に根ざす第一線の病院でもあり，コモンディジーズの経験はもちろん，超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験もでき，高次病院や地域病院との病病連携や診療所（在宅訪問診療施設などを含む）との病診連携も経験できます．また，臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を身につけます.
連携施設には，内科専攻医の多様な希望・将来性に対応し，地域医療や全人的医療を組み合わせて，急性期医療，慢性期医療および患者の生活に根ざした地域医療を経験できることを目的に，高次機能・専門病院である京都府立医科大学附属病院，滋賀医科大学医学部附属病院，京都第一赤十字病院，地域医療機関である滋賀県立総合病院，東近江医療センター，ヴォーリズ記念病院，済生会滋賀県病院，京都岡本記念病院，洛和会音羽病院，堺市立総合医療センター，京都中部総合医療センター，京都第二赤十字病院，大阪府済生会泉尾病院，松下記念病院，大阪府済生会吹田病院，京都市立病院、京都済生会病院、明石市立市民病院、国立病院機構京都医療センター、舞鶴共済病院、特別連携施設の弓削メディカルクリニック、東近江市立能登川病院、東近江市蒲生医療センターで構成しています.
高次機能・専門病院では，高度な急性期医療，より専門的な内科診療，希少疾患を中心とした診療経験を研修し，臨床研究や基礎的研究などの学術活動の素養を身につけます．地域基幹病院では，近江八幡市立総合医療センターと異なる環境で，地域の第一線における中核的な医療機関の果たす役割を中心とした診療経験をより深く研修します．また，臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を積み重ねます.
地域医療密着型病院では，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.
近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群は，滋賀県東近江医療圏，近隣医療圏および他府の医療機関から構成しています．最も距離が離れている京都府立医科大学附属病院は京都府内にありますが，近江八幡市立総合医療センターから電車を利用して，1 時間 30 分程度の移動時間であり，移動や連携に支障をきたす可能性は低いです.

10.　地域医療に関する研修計画【整備基準 28,29】

近江八幡市立総合医療センター内科施設群専門研修では，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・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し，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目標としています.

近江八幡市立総合医療センター内科施設群専門研修では，主担当医として診療・経験する患者を通じて，高次病院や地域病院との病病連携や診療所（在宅訪問診療施設などを含む）との病診連携も経験できます.

11. 内科専攻医研修【整備基準 16】

基幹施設である近江八幡市立総合医療センター内科で，専門研修（専攻医）1 年目，１年間の専門研修を行います．専攻医 2 年目の,専攻医の希望・将来像，研修達成度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）などを基に，半年間～1 年間を研修施設で研修します（Subspecialty 重視型）．専攻医２年目の残りの半年,専攻医 3 年目は当院で Subspecialty 科の属しながら専門研修（専攻医）修了まで当院内科症例を経験します．詳細は近江八幡市立総合医療センター専攻医マニュアルを参照ください.

12.　専攻医の評価時期と方法【整備基準 17,19～22】

(1) 近江八幡市立総合医療センター医師臨床研修センターの役割

- 近江八幡市立総合医療センター内科専門研修管理委員会の事務局を行います.
- 近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム開始時に，各専攻医が初期研修期間などで経験した疾患について日本内科学会 J-OSLER の研修手帳 Web 版を基にカテゴリー別の充足状況を確認します.
- 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宜追跡し，専攻医による研修手帳 Web 版への記入を促します．また，各カテゴリー内の研修実績と到達度が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促します.
- 6 か月ごとに病歴要約作成状況を適宜追跡し，専攻医による病歴要約の作成を促します．また，各カテゴリー内の病歴要約が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促します.
- 6 か月ごとにプログラムに定められている所定の学術活動の記録と各種講習会出席を追跡します.
- 年に複数回（8 月と 2 月，必要に応じて臨時に），専攻医自身の自己評価を行います．その結果は日本内科学会 J-OSLER を通じて集計され，1 か月以内に担当指導医によって専攻医に形成的にフィードバックを行って，改善を促します.
- 医師臨床研修センターは，メディカルスタッフによる 360 度評価（内科専門研修評価）を毎年複数回（8 月と 2 月，必要に応じて臨時に）行います．担当指導医，Subspecialty 上級医に加えて，看護師長，看護師，臨床検査・放射線技師・臨床工学技士，事務員などから，接点の多い職員 5 人を指名し，評価します．評価表では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多職種が評価します．評価は無記名方式で，医師臨床研修センターもしくは統括責任者が各研修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，日本内科学会 J-OSLER に登録します（他職種はシステムにアクセスしません）．その結果は日本内科学会 J-OSLER を通じて集計され，担当指導医から形成的にフィードバックを行います.
- 日本専門医機構内科領域研修委員会によるサイトビジット（施設実地調査）に対応します.

(2) 専攻医と担当指導医の役割

・専攻医 1 人に 1 人の担当指導医（メンター）が近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム委員会により決定されます.

・専攻医は web にて日本内科学会 J-OSLER にその研修内容を登録し，担当指導医はその履修状況の確認をシステム上で行ってフィードバックの後にシステム上で承認をします．この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行います.

・専攻医は，1 年目専門研修終了時に研修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登録を行うようにします．2 年目専門研修終了時に 70 疾患群のうち 45 疾患群以上の経験と登録を行うようにします．3 年目専門研修終了時には 70 疾患群のうち 56 疾患群，症例 120 以上の経験の登録を修了します．それぞれの年次で登録された内容は都度，担当指導医が評価・承認します.

・担当指導医は専攻医と十分なコミュニケーションを取り，日本内科学会 J-OSLER での専攻医による症例登録の評価や医師臨床研修センターからの報告などにより研修の進捗状況を把握します．専攻医は 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・相談します．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します.

・担当指導医は Subspecialty 上級医と協議し，知識，技能の評価を行います.

・専攻医は，専門研修（専攻医）2 年修了時までに 29 症例の病歴要約を順次作成し，日本内科学会 J-OSLER に登録します．担当指導医は専攻医が合計 29 症例の病歴要約を作成することを促進し，内科専門医ボードによる査読・評価で受理（アクセプト）されるように病歴要約について確認し，形成的な指導を行う必要があります．専攻医は，内科専門医ボードのピアレビュー方式の査読・形成的評価に基づき，専門研修（専攻医）3 年次修了までにすべての病歴要約が受理（アクセプト）されるように改訂します．これによって病歴記載能力を形成的に深化させます.

(3) 評価の責任者

年度ごとに担当指導医が評価を行い，基幹施設あるいは連携施設の内科研修委員会で検討します．その結果を年度ごとに近江八幡市立総合医療センター内科専門研修管理委員会で検討し，統括責任者が承認します.

(4) 修了判定基準【整備基準 53】

1) 担当指導医は，日本内科学会 J-OSLER を用いて研修内容を評価し，以下ⅰ)～ⅵ)の修了を確認します.

i) 主担当医として「研修手帳（疾患群項目表）」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ます）を経験することを目標とします．その研修内容を日本内科学会 J-OSLER に登録します．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ます）を経験し，登録しなければならない.

ii) 29 病歴要約の内科専門医ボードによる査読・形成的評価後の受理（アクセプト）

iii)所定の 2 編の学会発表または論文発表

iv) JMECC 受講

v) プログラムで定める講習会受講

vi) 日本内科学会 J-OSLER を用いてメディカルスタッフによる 360 度評価（内科専門研修評価）と指導医による内科専攻医評価を参照し，社会人である医師としての適性を評価します.

2)近江八幡市立総合医療センター内科専門医研修プログラム管理委員会は，当該専攻医が上記修了要件を充足していることを確認し，研修期間修了約 1 か月前に近江八幡市立総合医療センター内科専門医研修プログラム管理委員会で合議のうえ統括責任者が修了判定を行います.

(5) 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」および「指導者研修計画（FD）の実施記録」は，日本内科学会 J-OSLER を用います．なお，「近江八幡市立総合医療センター内科専攻医研修マニュアル」【整備基準 44】と「近江八幡市立総合医療センター内科専門研修指導者マニュアル」【整備基準 45】と別に示します.

13. 専門研修管理委員会の運営計画【整備基準 34,35,37～39】

1）近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラムの管理運営体制の基準

i）内科専門研修プログラム管理委員会（専門医研修プログラム準備委員会から 2016 年度中に移行予定）にて，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．内科専門研修プログラム管理委員会は，統括責任者，プログラム管理者（ともに総合内科専門医かつ指導医），事務局代表者，内科 Subspecialty 分野の研修指導責任者（診療科科長）および連携施設担当委員で構成されます．また，オブザーバーとして専攻医を委員会会議の一部に参加させる．近江八幡市立総合医療センター内科専門研修管理委員会の事務局を，近江八幡市立総合医療センター医師臨床研修センターにおきます.

ii） 近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群は，基幹施設，連携施設・特別連携施設ともに内科専門研修委員会を設置します．委員長 1 名（指導医）は，基幹施設との連携のもと，活動するとともに，専攻医に関する情報を定期的に共有するために，毎年 6 月と 12 月に開催する近江八幡市立総合医療センター内科専門研修管理委員会の委員として出席します.

基幹施設，連携施設ともに，毎年 4 月 30 日までに，近江八幡市立総合医療センター内科専門研修管理委員会に以下の報告を行います.

① 前年度の診療実績

a） 病院病床数，b)内科病床数，c)内科診療科数，d) 1 か月あたり内科外来患者数，e)1 か月あたり内科入院患者数，f)剖検数

② 専門研修指導医数および専攻医数

a)前年度の専攻医の指導実績，b)今年度の指導医数/総合内科専門医数，c)今年度の専攻医数，d)次年度の専攻医受け入れ可能人数.

③ 前年度の学術活動

a） 学会発表，b)論文発表

④ 施設状況

a） 施設区分，b)指導可能領域，c)内科カンファレンス，d)他科との合同カンファレンス，e)抄読会，f)机，g)図書館，h)文献検索システム，i)医療安全・感染対策・医療倫理に関する研修会，j)JMECC の開催.

⑤ Subspecialty 領域の専門医数

日本消化器病学会消化器専門医数，日本循環器学会循環器専門医数，日本内分泌学会専門医数，日本糖尿病学会専門医数，日本腎臓病学会専門医数，日本呼吸器学会呼吸器専門医数，日本血液学会血液専門医数，日本神経学会神経内科専門医数，日本アレルギー学会専門医（内科）数，日本リウマチ学会専門医数，日本感染症学会専門医数，日本救急医学会救急科専門医数

14. プログラムとしての指導者研修（FD）の計画【整備基準 18, 43】

指導法の標準化のため日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」を活用します.
厚生労働省や日本内科学会の指導医講習会の受講を推奨します．指導者研修（FD）の実施記録として，日本内科学会 J-OSLER を用います.

15. 専攻医の就業環境の整備機能（労務管理）【整備基準 40】

労働基準法や医療法を順守することを原則とします.
専門研修３～４年間のうち１年間～2 年間（または 2 年半）は基幹施設である近江八幡市立総合医療センターの就業環境に，半年～１年間は連携施設もしくは特別連携施設の就業環境に基づき，就業します.

16. 内科専門研修プログラムの改善方法【整備基準 48～51】

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日本内科学会 J-OSLER を用いて無記名式逆評価を行います．逆評価は年に複数回行います．また，年に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います．その集計結果は担当指導医，施設の研修委員会，およびプログラム管理委員会が閲覧します．また集計結果に基づき，近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラムや指導医，あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てます.

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専門研修施設の内科専門研修委員会，近江八幡市立総合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は日本内科学会 J-OSLER を用いて，専攻医の逆評価，専攻医の研修状況を把握します．把握した事項については，近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム管理委員会が以下に分類して対応を検討します.

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 数年をかけて改善を要する事項
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，施設群内で解決が困難である場合は，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します.

- 担当指導医，施設の内科研修委員会，近江八幡市立総合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は日本内科学会 J-OSLER を用いて専攻医の研修状況を定期的にモニタし，近江八幡市立総合医療センター内科専門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近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラムを評価します.
- 担当指導医，各施設の内科研修委員会，近江八幡市立総合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は日本内科学会 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し，自律的な改善に役立てます．状況によって，日本専門医機構内科領域研修委員会の支援，指導を受け入れ，改善に役立てます.

3) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

近江八幡市立総合医療センター医師臨床研修センターと近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム管理委員会は，近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラムに対する日本専門医機構内科領域研修委員会からのサイトビジットを受け入れ対応します．その評価を基に，必要に応じて近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラムの改良を行います.

近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム更新の際には，サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構内科領域研修委員会に報告します.

17. 専攻医の募集および採用の方法【整備基準 52】

本プログラム管理委員会は，毎年７月から website での公表や説明会などを行い，内科専攻医を募集します．翌年度のプログラムへの応募者は，近江八幡市立総合医療センター医師臨床研修センターの website の近江八幡市立総合医療センター医師募集要項（近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム：内科専攻医）に従って応募します．書類選考および面接を行い，近江八幡市立総合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協議の上で採否を決定し，本人に文書で通知します.

(問い合わせ先)近江八幡市立総合医療センター医師臨床研修センター

E-mail: ocmc-naika.pro@kenkou1.com　　HP:http//www.kenkou1.com/

近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラムを開始した専攻医は，遅滞なく日本内科学会 J-OSLER にて登録を行います.

18. 内科専門研修の休止・中断，プログラム移動，プログラム外研修の条件【整備基準 33】

やむを得ない事情により他の内科専門研修プログラムの移動が必要になった場合には，適切に日本内科学会 J-OSLER を用いて近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラムでの研修内容を遅滞なく登録し，担当指導医が認証します．これに基づき，近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム管理委員会と移動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を認めます．他の内科専門研修プログラムから近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラムへの移動の場合も同様です.

他の領域から近江八幡市立総合医療センター内科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，あるいは初期研修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，さらに近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム統括責任者が認めた場合に限り，日本内科学会 J-OSLER への登録を認めます．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の決定によります.

疾病あるいは妊娠・出産，産前後に伴う研修期間の休止については，プログラム終了要件を満たしており，かつ休職期間が６ヶ月以内であれば，研修期間を延長する必要はないものとします．こ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す．短時間の非常勤勤務期間などがある場合，按分計算（1 日 8 時間，週 5 日を基本単位とします）を行なうことによって，研修実績に加算します.

近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群（地方型一般病院のモデルプログラム）
研修期間：3 年間（基幹施設２年間か２年半＋連携・特別連携施設半年か１年間）

近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群研修施設

病　　院		病床数	内科	総合内科	内科
			指導医数	指導医数	剖検数
基幹	近江八幡市立総合医療センター	407	19	17	7
連携	京都府立医科大学附属病院	890	72	65	11
連携	滋賀医科大学医学部附属病院	559	46	24	19
連携	京都第一赤十字病院	607	39	32	7
連携	滋賀県立総合病院	541	20	10	10
連携	済生会滋賀県病院	393	21	17	4
連携	京都岡本記念病院	419	17	9	7
連携	洛和会音羽病院	548	31	17	17
連携	堺市立総合医療センター	480	31	28	16
連携	京都中部総合医療センター	464	19	10	3
連携	京都第二赤十字病院	667	31	21	10
連携	東近江総合医療センター	320	7	3	3
連携	ヴォーリズ記念病院	66	1		
連携	大阪府済生会泉尾病院	440	7	8	0
連携	市立福知山市民病院	353	17	10	1
連携	松下記念病院	323	23	19	6
連携	大阪府済生会吹田病院	400	18	14	3
連携	京都市立病院	548	22	22	2
連携	京都済生会病院	288	13	12	0.7
連携	明石市立市民病院	329	12	12	5
連携	舞鶴共済病院	300	3	4	0
連携	国立病院機構京都医療センター	600	40	36	3
特別連携	弓削メディカルクリニック		1		
特別連携	東近江市立能登川病院	102	102	1	1
特別連携	東近江市蒲生医療センター	19	1		

※連携開始時情報

専門研修施設群の構成要件【整備基準 25】

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．近江八幡市立総合医療センター内科専門研修施設群研修施設は滋賀県および他府の医療機関から構成されています．

近江八幡市立総合医療センターは，滋賀県東近江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．

連携施設には，内科専攻医の多様な希望・将来性に対応し，地域医療や全人的医療を組み合わせて，急性期医療，慢性期医療および患者の生活に根ざした地域医療を経験できることを目的に，高次機能・専門病院である京都府立医科大学附属病院，滋賀医科大学医学部附属病院，京都第一赤十字病院，地域基幹病院である滋賀県立総合病院，および地域医療密着型病院である東近江医療センター，ヴォーリズ記念病院，済生会滋賀県病院，京都岡本記念病院，洛和会音羽病院，京都第二赤十字病院，大阪府済生会泉尾病院，松下記念病院，大阪府済生会吹田病院，特別連携施設である弓削メディカルクリニック，東近江市立能登川病院，東近江蒲生医療センターで構成しています．

高次機能・専門病院では，高度な急性期医療，より専門的な内科診療，希少疾患を中心とした診療経験を研修し，臨床研究や基礎的研究などの学術活動の素養を身につけます．

地域基幹病院では，近江八幡市立総合医療センターと異なる環境で，地域の第一線における中核的な医療機関の果たす役割を中心とした診療経験をより深く研修します．また，臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を積み重ねます．地域医療密着型病院では，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．

表 2. 各内科専門研修施設の内科 13 領域の研修の可能性

	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
近江八幡市立総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
京都府立医科大学附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
滋賀医科大学医学部付属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
京都第一赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
滋賀県立総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△
東近江市立能登川病院	○	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×
済生会滋賀県病院	○	○	○	△	○	○	○	△	○	○	△	○	○
京都岡本記念病院	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	△	○	○
洛和会音羽病院	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○
東近江市蒲生医療センター	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
東近江総合医療センター	○	○	○	○	○	△	○	△	○	×	×	○	○
ヴォーリズ記念病院	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
堺市立総合医療センター	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	△	○	○
京都中部総合医療センター	○	○	○	△	○	○	○	△	○	○	△	○	○
京都第二赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
市立福知山市民病院	○	○	○	△	○	○	○	○	△	○	△	○	○
大阪府済生会泉尾病院	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	△	○
松下記念病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大阪府済生会吹田病院	○	○	○	×	○	○	○	×	○	△	△	△	△
京都市立病院	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	○
京都済生会病院	○	○	○	○	○	○	○	△	△	○	○	○	○
明石市立市民病院	○	○	○	△	△	○	△	○	△	△	×	○	○
国立病院機構京都医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○
舞鶴共済病院													
弓削メディカルクリニック	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

※連携開始時情報

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．
（○：研修できる，△：時に経験できる，×：ほとんど経験できない

近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム管理委員会（令和７年４月現在）

近江八幡市立総合医療センター

赤松　尚明　（プログラム統括責任者，委員長）
渡邊　直人
宮崎　啓
深井　邦剛
鬼界　雅一
濵岡　哲郎
金子　優作
松尾　宏俊
髙橋　良一
岡野　晃
卯木　智
池田　和弘
井田　智治
立川　弘孝
白山　武司
孫　　明子（非常勤）

連携施設担当委員

京都府立医科大学附属病院	黒田　純也
滋賀医科大学医学部付属病院	漆谷　真
京都第一赤十字病院	奥山　祐右
滋賀県立総合病院	中村　敬哉
京都岡本記念病院	福味　禎子
済生会滋賀県病院	保田　宏明
洛和会音羽病院,	横井　宏和
堺市立総合医療センター	西田　幸司
京都中部総合医療センター	辰巳　哲也
京都第二赤十字病院	宇野　耕治
市立福知山市民病院	小牧　稔之
大阪府済生会泉尾病院	江口　典孝
松下記念病院	鎌田　和浩
大阪府済生会吹田病院	竹中　英昭
東近江市立能登川病院	竹内　孝幸
東近江市蒲生医療センター	加藤　正人
東近江医療センター	杉本　俊郎
ヴォーリズ記念病院	三ッ浪　健一
京都市立病院	小暮　彰典
京都済生会病院	石橋　一哉
弓削メディカルクリニック	雨森　正記
明石市立市民病院	阪本　健三
京都医療センター	小山　弘
舞鶴共済病院	湯地　雄一郎

※連携施設に関しては開始時情報

近江八幡市立総合医療センター内科専攻医研修マニュアル

1.研修後の医師像と終了後に想定される勤務形態や勤務先

1) 地域医療における内科領域の診療医（かかりつけ医）：地域において常に患者と接し，内科慢性疾患に対して，生活指導まで視野に入れた良質な健康管理・予防医学と日常診療を実践します．地域の医院に勤務（開業）し，実地医家として地域医療に貢献します.

2) 救急医療に精通した内科専門医：病院の救急医療を担当する診療科に所属し，内科系急性・救急疾患に対してトリアージを含めた適切な対応が可能な，地域での内科系救急医療を実践します.

3) 病院での総合内科の専門医：病院の総合内科に所属し，内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち，総合的医療を実践します.

4) 総合内科的視点を持った Subspecialist：病院で内科系の Subspecialty，例えば消化器内科や循環器内科に所属し，総合内科（Generalist）の視点から，内科系 Subspecialist として 診療を実践します.

2.専門研修の期間

内科専門医は 2 年間の初期臨床研修後に設けられた専門研修（後期研修）3 年間の研修で育成されます.

3.研修施設群の各施設名

基幹病院： 近江八幡市立総合医療センター

連携施設： 京都府立医科大学付属病院, 滋賀医科大学医学部附属病院, 滋賀県立総合病院, 京都岡本記念病院, 済生会滋賀県病院, 洛和会音羽病院, 京都第一日本赤十字病院, 堺市立総合医療センター, 京都中部総合医療センター, 京都第二赤十字病院, 市立福知山市民病院, 大阪府済生会泉尾病院, 松下記念病院, ヴォーリズ記念病院, , 東近江総合医療センタ-大阪府済生会吹田病院, 京都市立病院, 京都済生会病院, 明石市立市民病院, 国立病院機構京都医療センター, 舞鶴共済病院

特別連携施設：弓削メディカルクリニック, 東近江市立能登川病院, 東近江市蒲生医療センター

4.プログラムに関わる委員会と委員，および指導医名

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近江八幡市立総合医療センターに設置し，その委員長と各内科から最低でも１名以上、管理委員を選任します.

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.

3) 指導医一覧 別途別紙

の通りです.

5.各施設での研修内容と期間

本プログラムでは専攻医が抱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,

①Subspeciality 重視コース

②内科基本コースの２つを準備しています.

Subspecialty が未決定，または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ことになります.

専攻医は Subspecialty を希望するものはその科に，内科全般を希望するものは医師臨床研修センター（H28/4 月に設置予定）に所属します．将来の Subspecialty が決定している専攻医は希望選択科重視コースを選択し，各科を原則として２ヵ月毎に専攻開始１年半年間、各内科をローテートします．基幹施設である近江八幡市立総合医療センターでの研修が中心になりますが，連携施設での研修は必須であり，原則半年間はいずれかの連携施設で研修します．専攻３年目は Subspeciality を希望するものはその科に属しながら内科の必要症例を研修して参ります．内科全般を希望するものは専攻開始２年間を３～４ヶ月の割合で各内科をローテートし、専攻３年目を関連病院で研修します．連携施設で基幹病院では経験しにくい領域や地域医療の実際について学ぶことができます．

6.主要な疾患の年間診療件数

内科専門医研修カリキュラムに掲載されている主要な疾患については，近江八幡市立総合医療センター（基幹病院）の DPC 病名を基本とした各内科診療科における疾患群別の入院患者数（H26～27 年度）を調査し，ほぼ全ての疾患群が充足されることがわかっています（10 の疾患群は外来での経験を 含めるものとします）．ただし，研修期間内に全疾患群の経験ができるように誘導する仕組みも 必要であり，初期研修時での症例をもれなく登録すること，外来での疾患頻度が高い疾患群を診 療できるシステム（外来症例割当システム）を構築することで必要な症例経験を積むことができます．

7.年次ごとの症例経験到達目標を達成するための具体的な研修の目安

① Subspecialty 重視コース

希望する Subspecialty 領域を重点的に研修するコースです．研修開始直後の 2 ～3か月間は希望する Subspecialty 領域にて初期トレーニングを行います．この期間，専攻医は将来希望する内科において理想的医師像とする指導医や上級医師から，内科医としての基本姿勢のみならず，目指す領域での知識，技術を学習することにより，内科専門医取得への Motivation を強化することができます．その後，1～2 ヵ月間を基本として他科をローテートします．研修２年目は連携施設での研修を半年間行います．連携施設での研修は半年間とし，この 1 年間を半年に区切り，前期コースＡ，後期コースＢとします．どちらかを選択することになります．関連施設赴任前，または後の半年間は当院で内科研修および subspecialty 研修を行います．研修 3 年目には当該 Subspecialty 科において内科研修を継続して Subspecialty 領域を重点的に研修するとともに，充足していない症例を経験します．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 領域の責任者とプログラム統括責任者が協議して決定します．

② 内科基本コース

内科専門医は勿論のこと，将来，内科指導医や高度な Generalist を目指す方も含まれます．将来の Subspecialty が未定な場合に選択します．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 2 年間において内科領域を担当する全ての科をローテートします．原則して 3～ 4 ヵ月を 1 単位として，1 年間に 3 ～4科，2 年間で延べ 6 科を基幹施設でローテートします．3 年目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 1 年間、連携施設で研修します．上記に記した連携施設と病院群を形成し，いずれかを原則として 3～6 か月ごとにローテートします（単独施設での研修もあり得ます）．当初、内科基本コースを希望した専攻医が研修途中で Subspecialty に興味を持ち、Subspecialty 研修を希望した場合は臨機応変に対応します．研修する連携施設の選定は専攻 医と面談の上，プログラム統括責任者が決定します

8.自己評価と指導医評価，ならびに 360 度評価を行う時期とフィードバック時期

1）専攻医による自己評価とプログラムの評価は日々の診療・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，Weekly summary discussion 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.

2）指導医による評価と 360 度評価 指導医およびローテート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．毎年，指導医とメディカルスタッフによる複数回の 360 度評価を行い，態度の評価が行われます.

9.プログラム修了の基準

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います．29 症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.

10.専門医申請に向けての手順

日本内科学会 J-OSLER を用います．同システムでは以下を web ベースで日時を含めて記録します．具体的な入力手順については内科学会 HP から”専攻研修のための手引き”をダウンロードします.

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します．指導医はその内容を評価し，合格基準 に達したと判断した場合に承認を行います．指導医による専攻医の評価，メディカルスタッフによる 360 度評価，専攻医による逆評価を入力して記録します.

全 29 症例の病歴要約を指導医が校閲後に登録し，専門研修施設群とは別の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アクセプトされるまでシステム上で行います．専攻医は学会発表や論文発表の記録をシステム上に登録します．専攻医は各専門研修プログラムで出席を求められる講習会等（例：CPC，地域連携カンファレンス，医療倫理・医療安全・感染対策講習会）の出席をシステム上に登録します.

11． プログラムにおける待遇

専攻医の勤務時間, 休暇, 当直, 給与等の勤務条件に関しては, 労働基準法を順守し, 近江八幡市立総合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各施設の研修委員会と労働安全衛生委員会で管理します．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ます．プログラム管理委員会では各施設における労働環境, 労働安全, 勤務に関して報告され, これらの事項について総括的に評価します.

12． プログラムの特色

本プログラムでは専攻医が抱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,

①Subspeciality 重視コースと②内科基本コースを準備していることが最大の特徴です.

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ます．また，外来トレーニングとしてふさわしい症例（主に初診）を経験するために外来症例割当システムを構築し，専攻医は外来担当医の指導の下，当該症例の外来主治医となり，一定期間外来診療を担当し，研修を進めることができます.

13． 継続した Subspecialty 領域の研修の可否

内科学における 13 の Subspecialty 領域を順次研修します．基本領域の到達基準を満たすことができる場合には，専攻医の希望や研修の環境に応じて，各 Subspecialty 領域に重点を置いた専門研修を行うことがありえます（②内科基本コース参照）．本プログラム終了後はそれぞれの医師が研修を通じて定めた進路に進むために適切なアドバイスやサポートを行います.

14． 逆評価の方法とプログラム改良姿勢

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.

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は，日本専門医機構内科領域研修委員会に相談します.

16． 入院患者担当の目安

1) 当該月に以下の主たる病態を示す入院患者を主担当医として退院するまで受持ちます.
専攻医 1 人あたりの受持ち患者数は，受持ち患者の重症度などを加味して，担当指導医，Subspecialty 上級医の判断で 5～10 名程度を受持ちます．感染症，総合内科分野は，適宜，領域横断的に受持ちます.

	専攻医 1 年目	専攻医 2 年目
4 月	循環器	消化器
5 月	代謝・内分泌	血液・膠原病
6 月	呼吸器	循環器
7 月	腎臓	代謝・内分泌
8 月	神経	呼吸器
9 月	消化器	腎臓
10 月	血液・膠原病	神経
11 月	循環器	消化器
12 月	代謝・内分泌	血液・膠原病
1 月	呼吸器	循環器
2 月	腎臓	代謝・内分泌
3 月	神経	呼吸器

＊ 1 年目の 4 月に循環器領域で入院した患者を退院するまで主担当医として診療にあたります．5 月には退院していない循環器領域の患者とともに代謝・内分泌領域で入院した患者を退院するまで主担当医として診療にあたります．これを繰り返して内科領域の患者を分け隔てなく，主担当医として診療します．

2）プログラム修了の基準

① 日本内科学会 J-OSLER を用いて，以下の ⅰ)～ⅵ)の修了要件を満たすこと．

ⅰ） 主担当医として「研修手帳（疾患群項目表）」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ます）を経験することを目標とします．その研修内容を日本内科学会 J-OSLER に登録します．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ます）を経験し，登録する．

ⅱ） 29 病歴要約の内科専門医ボードによる査読・形成的評価後に受理（アクセプト）されています．

ⅲ） 学会発表あるいは論文発表を筆頭者で 2 件以上あります．

ⅳ）JMECC 受講歴が 1 回あります．

ⅴ） 医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習会を年に 2 回以上受講歴があります．

ⅵ）日本内科学会 J-OSLER を用いてメディカルスタッフによる 360 度評価（内科専門研修評価）と指導医による内科専攻医評価を参照し，社会人である医師としての適性があると認められます．

② 当該専攻医が上記修了要件を充足していることを近江八幡市立総合医療センター内科専門医研修プログラム管理委員会は確認し，研修期間修了約 1 か月前に同院内科専門医研修プログラム管理委員会で合議のうえ統括責任者が修了判定を行います．

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

3）専門医申請にむけての手順

① 必要な書類

i） 日本専門医機構が定める内科専門医認定申請書

ii） 履歴書

iii）当院内科専門医研修プログラム修了証（コピー）

② 提出方法

内科専門医資格を申請する年度の 5 月末日までに日本専門医機構内科領域認定委員会に提出します.

③ 内科専門医試験

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」に合格することで,日本専門医機構が認定する「内科専門医」となります.

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。

①当院の Subspecialty 重視コース

	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 年目	希望選択科		内科1		内科 2		内科 3		内科 4		内科 5	
	日当直研修 3回/月程度											
2 年目	連携施設											
										病歴提出		
	日当直研修 3回/月程度											
3 年目	症例不足科		希望選択科									
	外来 週 1 回									筆記試験		
	日当直研修 3回/月程度											

そのほかの要件　　安全管理セミナー・感染セミナーの年 2 回の受講、CPC の受講

内科：循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、血液腫瘍内科、神経内科、糖尿病・内分泌内科で構成
腎疾患は循環器内科、免疫疾患は血液腫瘍内科で経験可能である．
院内で研修中は、院内規定どおりの当直業務を担当する．
緩和ケア科、リハビリテーション科の研修も可能である．（当院の特性）
連携施設での研修は、3 年目に行う場合もある．
なるべく早い時期に JMECC を受講できるようにする．

② 当院の内科基本コース

	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 年目	内科 1				内科 2				内科 3			
	日当直研修 3 回/月程度											
2 年目	内科 4				内科 5				内科 6			
										病歴提出		
	日当直研修 3 回/月程度											
3 年目	連携施設											
										筆記試験		
	日当直研修 連携施設の規定による											

そのほかの要件　　安全管理セミナー・感染セミナーの年 2 回の受講、CPC の受講

内科：循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、血液腫瘍内科、神経内科、糖尿病・内分泌内科
腎疾患は循環器内科、免疫疾患は血液腫瘍内科で経験可能である
すべての内科を 2 年間で均等にローテートする．
院内で研修中は、院内規定どおりの当直業務を担当する．
緩和ケア科、リハビリテーション科での研修も可能である．（当院の特性）
連携施設での研修は、2 年目に行う場合もある．
なるべく早い時期に JMECC を受講できるようにする．

近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログム
指導医マニュアル

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 人の担当指導医（メンター）に専攻医 1 人が近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム委員会により決定されます.

担当指導医は，専攻医が web にて日本内科学会 J-OSLER にその研修内 容を登録するので，その履修状況の確認をシステム上で行ってフィードバックの後にシステム 上で承認をします.

この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行います．担当指導医は，専攻医がそれぞれの年次で登録した疾患群，症例の内容について，都度，評価・承認します.

担当指導医は専攻医と十分なコミュニケーションを取り，研修手帳 Web 版での専攻医による症例登録の評価や医師臨床研修センターからの報告などにより研修の進捗状況を把握します．専攻医は 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・相談します．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します.

担当指導医は Subspecialty 上級医と協議し，知識，技能の評価を行います．担当指導医は専攻医が専門研修（専攻医）2 年修了時までに合計 29 症例の病歴要約を作成する ことを促進し，内科専門医ボードによる査読・評価で受理（アクセプト）されるように病歴要約について確認し，形成的な指導を行います.

2）専門研修プログラムにおける年次到達目標と評価方法，ならびにフィードバックの方法と時期

年次到達目標は，内科専門研修において求められる「疾患群」，「症例数」，「病歴提出数」に示すとおりです.

担当指導医は，医師臨床研修センターと協働して，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宜追跡し，専攻医による研修手帳 Web 版への記入を促します．また， 各カテゴリー内の研修実績と到達度が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促します．担当指導医は，医師臨床研修センターと協働して，6 か月ごとに病歴要約作成状況を適宜追跡し，専攻医による病歴要約の作成を促します．また，各カテゴリー内の病歴要約が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促します．担当指導医は，医師臨床研修センターと協働して，6 か月ごとにプログラムに定められている所定の学術活動の記録と各種講習会出席を追跡します．担当指導医は，医師臨床研修センターと協働して，毎年 8 月と 2 月とに自己評価と指導医評価，ならびに 360 度評価を行います．評価終了後，1 か月以内に担当指導医は専攻医にフィードバックを行い，形成的に指導します．2 回目以降は，以前の評価についての省察と改善とが図られたか否かを含めて，担当指導医はフィードバックを形成的に行って，改善を促します.

3）個別の症例経験に対する評価方法と評価基準.

担当指導医は 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います.

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の記載，退院サ マリ作成の内容などを吟味し，主担当医として適切な診療を行っていると第三者が認めうると 判断する場合に合格とし，担当指導医が承認を行います．主担当医として適切に診療を行っていると認められない場合には不合格として，担当指導医は専攻医に研修手帳 Web 版での当該症例登録の削除，修正などを指導します．

4）日本内科学会 J-OSLER の利用方法

専攻医による症例登録と担当指導医が合格とした際に承認します．担当指導医による専攻医の評価，メディカルスタッフによる 360 度評価および専攻医による逆評価などを専攻医に対する形成的フィードバックに用います．専攻医が作成し，担当指導医が校閲し適切と認めた病歴要約全 29 症例を専攻医が登録したものを担当指導医が承認します．専門研修施設群とは別の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します．専攻医が登録した学会発表や論文発表の記録，出席を求められる講習会等の記録について，各専攻医の進捗状況をリアルタイムで把握します．担当指導医と医師臨床研修センターはその進捗状況を把握して年次ごとの到達目標に達しているか否かを判断します．担当指導医は日本内科学会 J-OSLER を用いて研修内容を評価し，修了要件を満たしているかを判断します．

5）逆評価と日本内科学会 J-OSLER 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 J-OSLER を用いた無記名式逆評価の集計結果を，担当指導医，施設の研修委員会，およびプログラム管理委員会が閲覧します．集計結果に基づき，近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラムや指導医，あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てます．

6）指導に難渋する専攻医の扱い

必要に応じて，臨時（毎年 8 月と 2 月に予定）で，日本内科学会 J-OSLER を用いて専攻医自身の自己評価，担当指導医による内科専攻医評価およびメディカルスタッフによる 360 度評価（内科専門研修評価）を行い，その結果を基に近江八幡市立総合医療センター内科専門研修プログラム管理委員会で協議を行い，専攻医に対して形成的に適切な対応を試みます．状況によっては，担当指導医の変更や在籍する専門研修プログラムの異動勧告などを行います．

7）プログラムならびに各施設における指導医の待遇

近江八幡市立総合医療センターの給与規定によります．

8）FD 講習の出席義務

厚生労働省や日本内科学会の指導医講習会の受講を推奨します．指導者研修（FD）の実施記録として，日本内科学会 J-OSLER を用います．

9）日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」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，日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」（仮称）を熟読し，形成的に指導します.

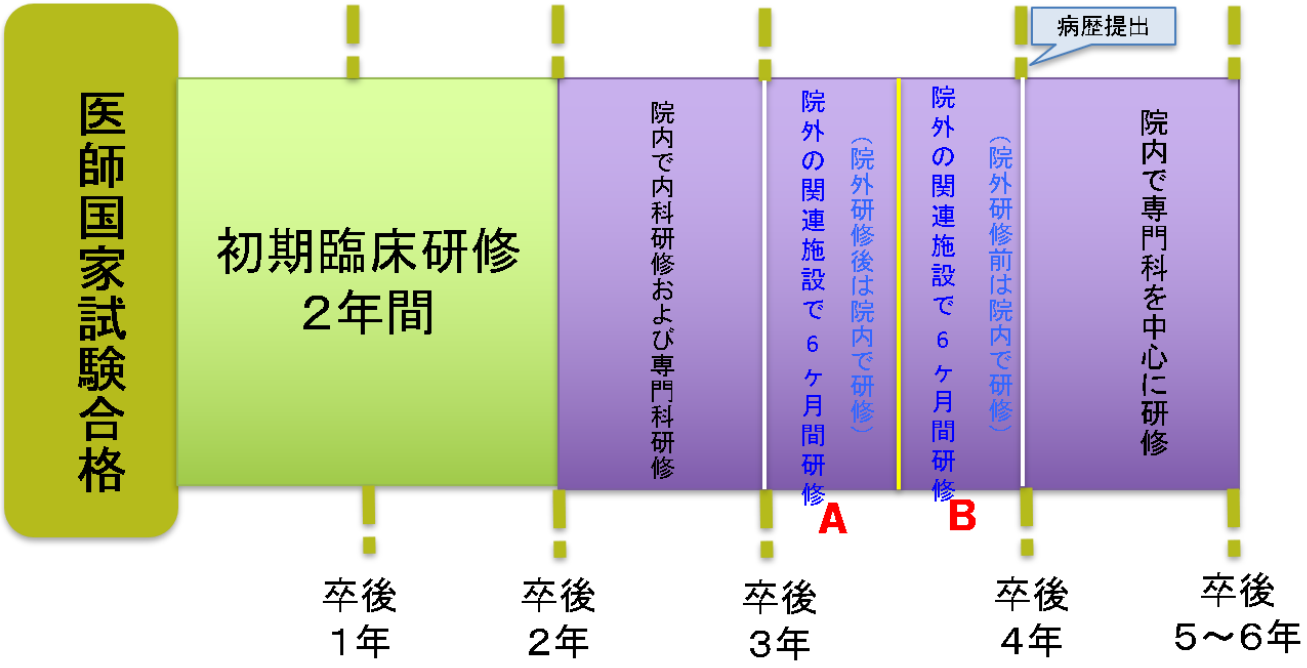
10）研修施設群内で何らかの問題が発生し，施設群内で解決が困難な場合の相談先

日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とします.

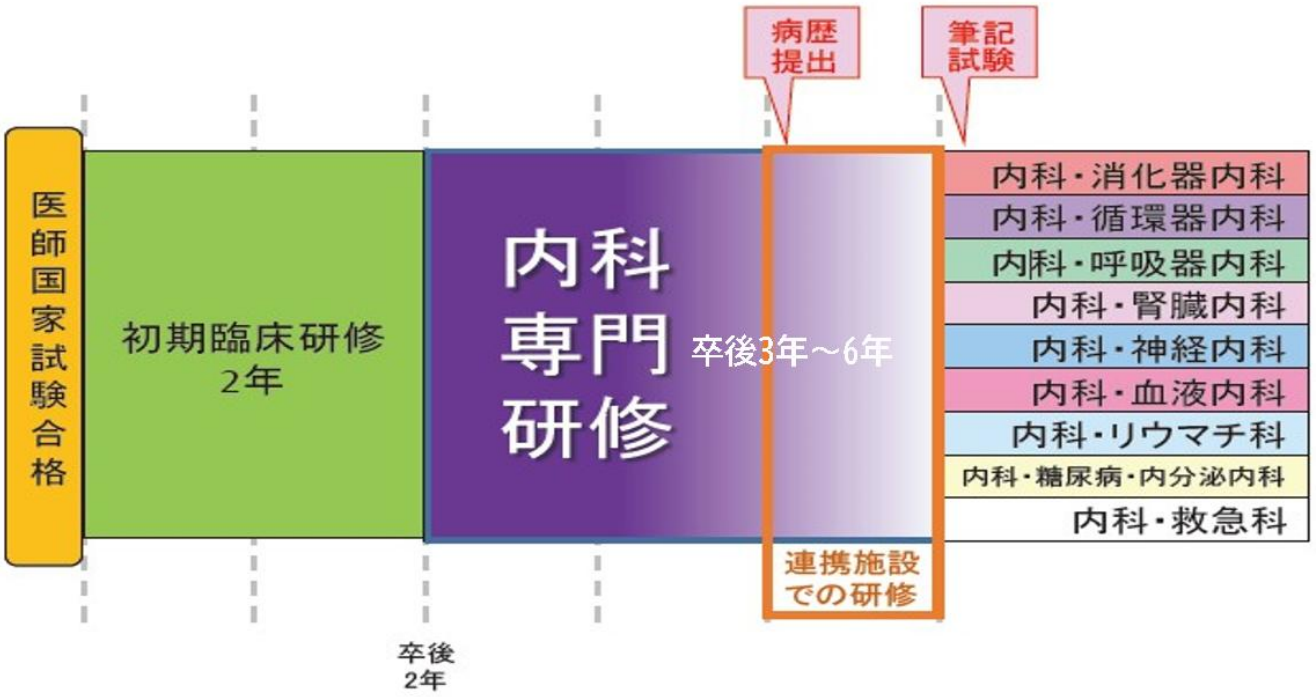
11）その他

特になし.

当院のspecialty 重視コース
（A,Bの2コースのどちらかを選択する）



当院の内科基本コース



近江八幡市立総合医療センター内科専門医研修週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前	各科による早朝カンファレンス （各診療科をローテーション中の研修医を対象）				早朝内科カンファ （研修医全員を対象）	担当患者の病態に応じた診察	
	（ （内科総合診療担当）	（Subspeciality科による検査）	救急オンコール対応 入院患者診察 内科外来診療（Subspeciality）		）	講演会や学会の参加 オンコール体制 副直や当直業務	
午後	内科総合 カンファレンス （研修医・レジデント対象）	循環器科・消化器科　カンファレンス 血液内科 （カンファレンス） 内科救急症例 検討会 （研修医・レジデント対象）	神経内科 （カンファレンス） 患者診察 当直	糖尿病・内分泌 （カンファレンス） 糖尿病・内分泌抄読会 腎臓科抄読会	腎臓内科 （腎臓・透析 カンファレンス） ）	学会・研究会参加	
	心カテ **CF/GF** **負荷試験** **腎生検**		**心カテ** **CF/GF** **負荷試験** **腎生検**	**CPC参加** （レジデント参加）	**心カテ** **CF/GF** **負荷試験** **腎生検**		

入院患者担当の目安

1) 当該月に以下の主たる病態を示す入院患者を主担当医として退院するまで受持ちます．
専攻医 1 人あたりの受持ち患者数は，受持ち患者の重症度などを加味して，担当指導医，Subspecialty 上級医の判断で 5～10 名程度を受持ちます．感染症，総合内科分野は，適宜，領域横断的に受持ちます．

	専攻医 1 年目	専攻医 2 年目
4 月	循環器	消化器
5 月	代謝・内分泌	血液・膠原病
6 月	呼吸器	循環器
7 月	腎臓	代謝・内分泌
8 月	神経	呼吸器
9 月	消化器	腎臓
10 月	血液・膠原病	神経
11 月	循環器	消化器
12 月	代謝・内分泌	血液・膠原病
1 月	呼吸器	循環器
2 月	腎臓	代謝・内分泌
3 月	神経	呼吸器

1 年目の 4 月に循環器領域で入院した患者を退院するまで主担当医として診療にあたります．5 月には退院していない循環器領域の患者とともに代謝・内分泌領域で入院した患者を退院するまで主担当医として診療にあたります．これを繰り返して内科領域の患者を分け隔てなく，主担当医として診療します