大阪急性期・総合医療センター
内科専門研修プログラム

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター
内科専門プログラム管理委員会

2026 年 5 月 20 日改訂

病院の基本理念

急性期医療から高度な専門医療まで、総合力を生かして良質な医療を提供するとともに、医療人の育成と府域の医療水準の向上に貢献する。

病院の基本方針

- 人の心を大切に、信頼される医療を行います。
- 安全・安心で、質の高い全人的医療を行います。
- 地域医療・先進医療・政策医療に取組みます。
- 自己研鑽に励み、かつ人材の育成を行います。
- 誇りの持てる病院づくりをめざします。

内科専門医研修の理念

内科の専門医研修は、初期臨床研修の 2 年間で、プライマリ・ケアと全人的医療の診療能力を修得した後に、さらに３年間で医の倫理を理解し、内科全般に患者中心の医療安全を重視した医療を実践し、国民の信頼を得ることができるものでなければならない。

そのために指導医の適切な指導の下で、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のみならず、患者に人間性をもって接する態度、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するものである。

目次

1. 内科専門医の医師像 1
2. プログラムの特徴 1
2-1 研修コース
1) サブスペシャルティ重点コース 2) 基本コース
2-2 連携病院と診療実績 4
3. 専門研修後の成果 5
4. 内科専門医研修指導システム
5. 内科専門医研修の方法 6
1) 各年次の到達目標 7
2) 学術活動の目標 8
3) 各内科系診療科の週間スケジュール
4) 当直業務 17
5) 日中救急搬送患者対応 19
6) 現場を離れた学習
7) 自己学習
8) 大学院進学
6. 専門医研修の評価 19
7. 専攻医の就業環境 (労務管理) 20
8. 専門研修プログラムの改善方法 20
9. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと 20
10. 専攻医の受入数 20
11. 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 20
12. 研修に対するサイトビジット (訪問調査) 21
13. 専攻医の採用と修了 22
1) 採用方法
2) 研修開始届け

3) 専攻医研修修了判定
4) 専攻医研修修了後の進路について 23
14. その他 23
1) 健康管理・予防接種・精神衛生管理
2) 医療安全 (医療事故の対応/ ヒヤリ・ハット/ インシデント/ アクシデント・リポート) 24
3) 個人賠償責任保険の病院包括契約 25
4) 診療録記載マニュアル
5) CPC レポート提出について 27
6) CPC 実績一覧表
15. 内科専門医研修要綱 29
16. 専攻医臨床研修委員会 33
17. 内科専門医プログラム管理委員会 35

別添
1. 施設認定基準充足状況のまとめ 37
2. 別表:内科専門研修修了要件(「疾患群」、「症例数」、「病歴提出数」)一覧表 39
3. 内科研修カリキュラム 40
4. J-OSLER について 41
5. 大阪急性期・総合医療センター内科専門研修指導医名簿 43
6. 専攻医臨床研修委員会名簿 44
7. 内科専門医プログラム管理委員会名簿 45

1. 内科専門医の医師像

患者から学ぶという姿勢を基本として、EBM (evidence based medicine)を基盤に最新の知識・技能を磨き、チーム医療を推進して患者中心の医療を実践します。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・臨床研究さらにはそれらを論文化することで、科学的思考や病態に対する深い洞察力を磨きます。

2. プログラムの特徴

本プログラムは，大阪府下ならびに兵庫県と奈良県にある 31 施設 (参照: 2-2 連携病院)の連携施設と協力して内科専門研修を行うことで、大阪・兵庫・奈良医療圏の医療事情を理解し、地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練されることが特徴です。なお、連携病院へのローテーションを行うことで、地域においては人的資源の集中を避け、派遣先の医療レベル維持に貢献します。

また、内科専門研修期間中に subspecialty 領域を研修することも可能とし (連動研修)、その期間を subspecialty 領域の専門研修として取り扱うことを認めています (内科専門研修 3 年間のうち最大 2 年間)。よって、内科専門医としての基本的臨床能力獲得後、さらに高度な総合内科の generality を獲得する場合を想定した内科基本コースと、できるだけ早期に subspecialty 専門医への道を歩む場合を想定したサブスペ重点コースの二つのコース別に研修を行って内科専門医の育成を行います。

2-1 研修コース

<サブスペ重点コース>

希望のサブスペ科を重点に研修しつつ、内科専門医取得に必要な症例を経験できるよう (連動研修)、あくまで専攻医の希望に沿った柔軟な 3 年間の研修コースです (図 1)。

【1 年目】

基幹施設のサブスペ希望科を中心に基本的トレーニングを受けます。その他の期間は他の内科系診療科で研修を行います。内科系診療科で研修中も、専攻医の希望があれば、サブスペ希望科の業務を担当できます (例えば外来や心エコー、心臓カテーテル検査など)。

【2 年目】

1 年間連携施設で研修を行いますが、連携施設においてもサブスペ希望科を優先的にローテーションします。グループ内の複数施設での研修も可能です (1 施設 3 カ月以上)。

【3 年目】

再び基幹施設のサブスペ希望科に戻って、サブスペ研修を行う一方、修了要件を満たすべく不足科の研修も同時に行います。

連動研修 2 年型であれば、医師 6 年目には内科専門医試験に合格し、7 年目にサブスペ専門医資格が取得できる可能性があります。連動研修 1 年型の場合は、内科専門研修後 2 年間のサブスペ専門研修が必要です (図 2)。

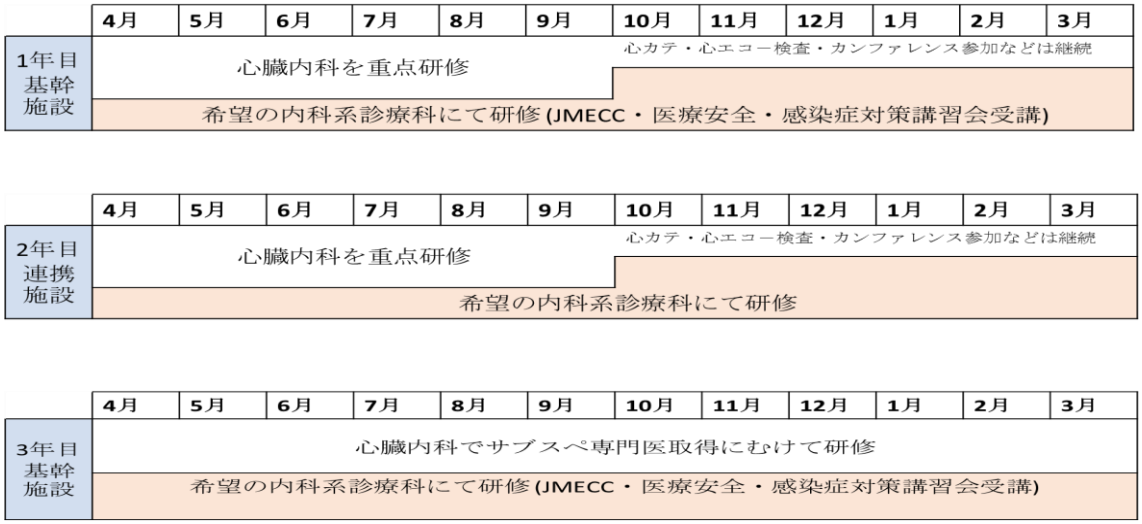
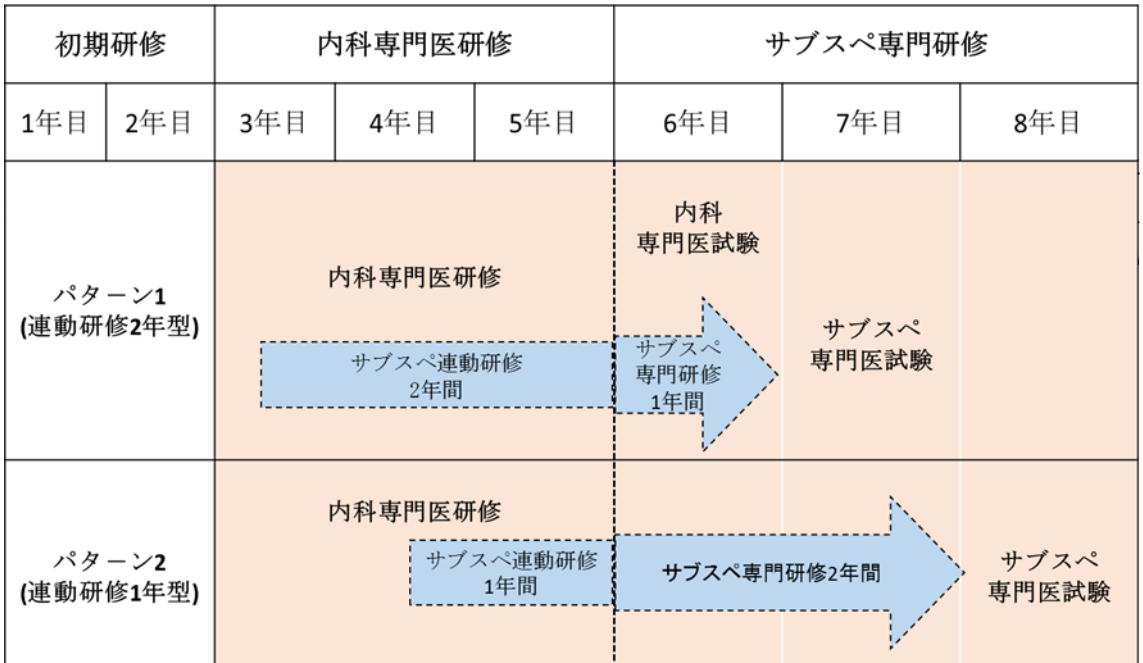


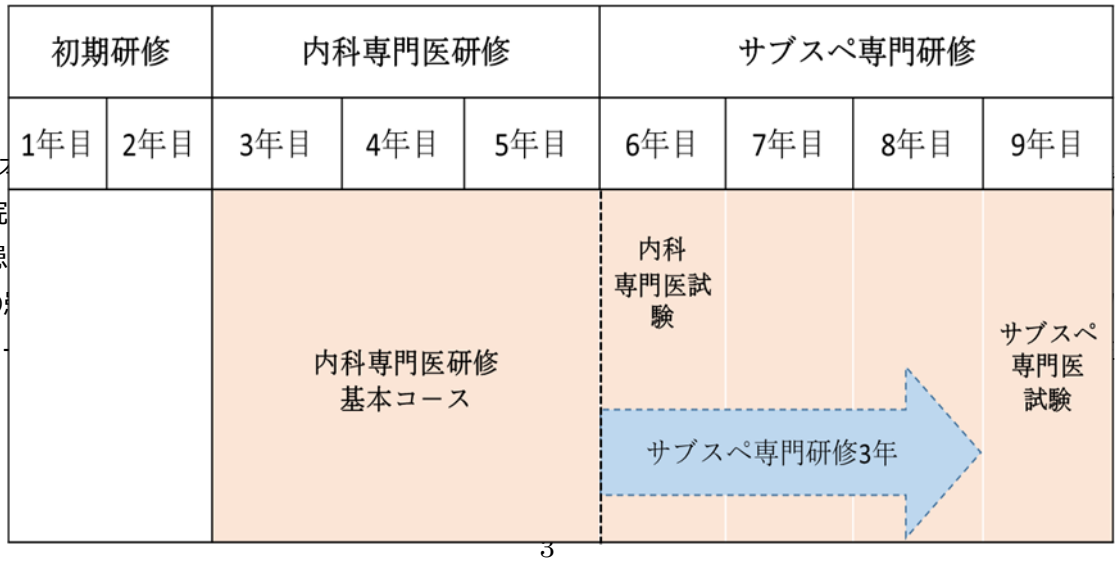
図 1.サブスペ重点コース (心臓内科)の例 (連動研修 2 年型)



<基本コース（標準タイプ）>

内科系診療科を中心に、内科専門医取得のための必要症例数を経験しつつ、幅広く奥深い内科系研修を 3 年間で行います。連携施設や診療科の選択あるいはローテーション期間も自由に選択できます（図 3）。基本コース終了後、3 年間のサブスペ研修を経て、9 年目にサブスペ専門医試験を受けることができます（図 4）。





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、医療安全講習会、感染対策講習会及び倫理講習会に年に 2 回以上出席します。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されます。

専攻医 2 年修了時点で、「日本内科学会専攻医登録評価システム（以下 J-OSLER)」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/ 80 症例以上を経験し、J-OSLER に登録できます。また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。そして可能な限り定められた 70 疾患群/ 200 症例以上の経験を目標とします。

2-2 連携病院

連携病院が地域においてどのような役割を果たしているかを経験するために、原則として 1 年間立場や地域における役割の異なる医療機関（連携病院)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（表 1)。また、大阪府下 18 施設、他府県 13、計 31 施設において地域の特殊性を学ぶことができるようになっている。

表 1．連携病院

大阪府	他府県
大阪大学医学部付属病院	関西労災病院
大阪国際がんセンター	兵庫県立西宮病院
大阪はびきの医療センター	川崎病院
大阪府結核予防会大阪病院	市立伊丹病院
市立東大阪医療センター	奈良県立医科大学附属病院*
八尾市立病院	北斗病院*
大手前病院	西宮市立中央病院**
星ヶ丘医療センター	奈良県総合医療センター***
JCHO 大阪病院	愛媛大学医学部附属病院****
市立豊中病院	神戸掖済会病院****
大阪南医療センター	神戸市立医療センター中央市民病院****
りんくう総合医療センター	兵庫医科大学病院****
大阪警察病院**	松山赤十字病院****
近畿中央呼吸器センター**	
大阪刀根山医療センター**	
国立病院機構大阪医療センター***	
日本生命病院****	
堺市立総合医療センター****	

（*）2022 年度連携開始　（**）2023 年度連携開始　（***）2024 年度連携開始　（****)2026 年度連携開始

表 2 には当センターにおける内科系各診療科の 2025 年の入院患者数を示しています。
当センターと初期研修 2 年間で経験した症例を加えることで、専攻医 2 年目終了時点で 45 疾患群 80 症例以上を経験し、29 症例の病歴要約が作成可能です。

表 2. 当センターの内科系診療科の入院患者数 (2025 年)

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
59	2,266	2,415	237		626	938	161	528	347		-※	1,463

※感染症患者は総合内科入院患者に含まれる

表 3 は当センターにおける指導医数、JMECC インストラクター/ディレクター数を示しており、十分な指導体制のもと専門研修を受けることができます。また、参考として連携施設情報も掲載しております。

表 3. 当センター及び連携病院の指導医数

病院名	内科剖検症例数	内科指導医数	総合内科専門医数	JMECC インストラクター	JMECC ディレクター
大阪急性期・総合医療センター	10	31	32	4	1
大阪大学医学部付属病院	4	82	145	8	0
大阪国際がんセンター	2	7	24	0	0
大阪はびきの医療センター	2	5	10	0	0
大阪府結核予防会大阪複十字病院	-	-	-	-	-
市立東大阪医療センター	5	16	13	0	0
八尾市立病院	2	13	11	0	0
大手前病院	1	11	12	0	0
JCHO 星ヶ丘医療センター	1	11	7	0	0
JCHO 大阪病院	7	15	14	1	4
市立豊中病院	8	25	24	1	0
大阪南医療センター	3	15	12	0	0
りんくう総合医療センター	0	12	15	1	0
大阪警察病院	7	20	35	0	0
近畿中央呼吸器センター	2	11	21	0	0
大阪刀根山医療センター	6	14	17	0	0
国立病院機構大阪医療センター	10	42	29	0	0
日本生命病院	7	20	20	0	0

病院名	内科 剖検症例数	内科 指導医数	総合内科 専門医数	JMECC インストラクター	JMECC ディレクター
堺市立総合医療センター	13	32	28	0	0
関西労災病院	7	21	20	2	0
兵庫県立西宮病院	0	52	29	0	0
川崎病院	3	16	18	0	0
市立伊丹病院	7	33	22	0	0
奈良県立医科大学附属病院	7	19	22	0	0
北斗病院	1	1	5	0	0
西宮市立中央病院	1	17	10	0	0
奈良県総合医療センター	7	25	22	1	0
愛媛大学医学部附属病院	5	43	34	0	0
神戸掖済会病院	0	5	6	0	0
神戸市立医療センター中央市民病院	21	39	44	9	0
兵庫医科大学病院	9	58	59	0	0
松山赤十字病院	4	29	35	2	0

3. 専門研修後の成果

1) 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となり、地域での内科系救急医療を実践できます。

2) 病院での総合内科（generality)専門医：内科系の全領域に広い知識と洞察力を備えた、総合内科医療を実践できます。

3) 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としての医療を実践できます。

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実践できます。

4. 内科専門医研修指導システム

当センターは 36 診療科の連係プレーによる内科系全ての診療領域をカバーする全人的医療の実践が可能で、令和 8 年 4 月の時点で 31 名の内科指導医数を数え、十分で適切な指導体制を構築しています。指導医はメンターとしても専攻医を直接指導する一方、「屋根瓦方式」で上級医が専攻医を直接指導するのを監督します（図 5)。

また、専攻医は3年間複数施設をローテートして、幅が広く柔軟性に富んだ内科専門研修を行うことができます。

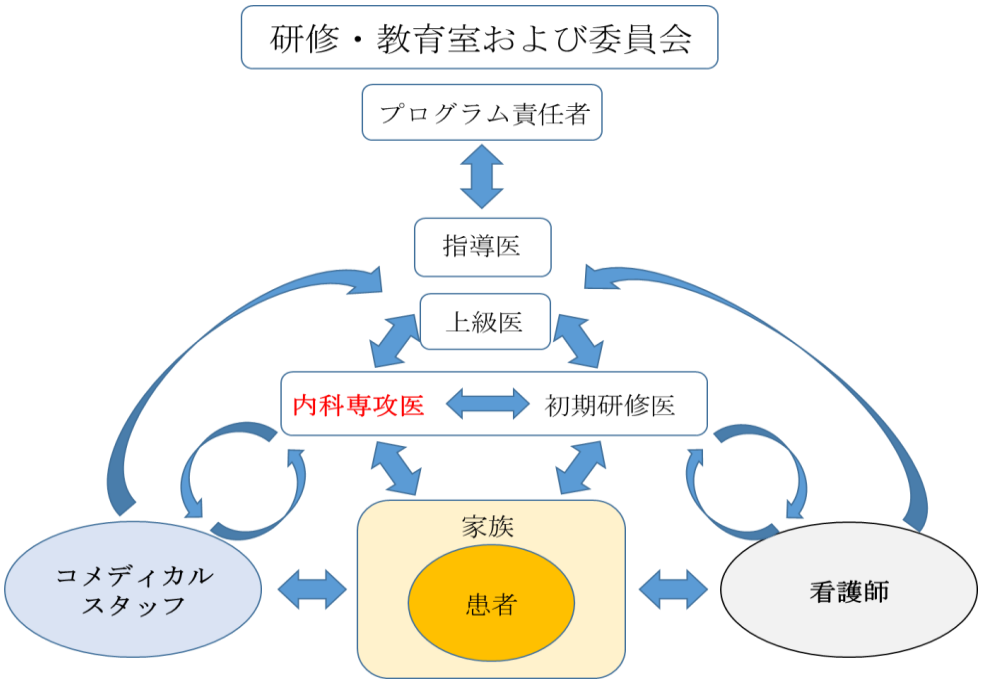


図 5. 専攻医に対する教育・指導ならびにフィードバック体制

指導医およびローテーション先の上級医は、専攻医の日々のカルテ記載と専攻医が 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。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、研修責任者は年に 1 回以上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 (形成的評価)。

研修・教育室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.

専攻医研修 3 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 (総括的評価)。29 例の病歴要約の合格、JMECC、医療安全講習会、院内感染対策講習会の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医師としての適正を含む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.

プログラム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.

5. 内科専門研修の方法

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. 大阪急性期・総合医療センターには９つの内科系診療科があり、そのうち４つの診療科 (総合内科、糖尿病内分泌内科、免疫リウマチ科、血液・腫瘍内科)が複数領域を担当しています。また、救急疾患は各診療科や救急診療科が対応しており、大阪大学においては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。さらに連携施設を加えた専門研修施設群を構築することで、より総合的な研修や地域における医療体験が可能となります。患者背景の多様性に対応するため、地域での研修を通じて幅広い活動を推奨しています。

1) 各年次の到達目標

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」（別添）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。

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と承認とによって目標達成までの段階を up-to-date に明示することとします。各年次の到達目標は以下の基準を目安とします。

○ 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、順次 J-OSLER に登録します (40 症例以上)。さらに病歴要約を 10 編以上記載し、J-OSLER に登録します。

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。

態度: 専攻医自身の自己評価ならびに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、担当指導医がフィードバックを行う。

○ 専門研修 2 年

症例: 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 疾患群以上を経験し、順次 J-OSLER に症例登録します (80 症例以上)。さらに専門研修修了に必要な病歴要約（指定された 29 症例以上）をすべて記載し、J-OSLER に登録します。

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ます。

態度: 専攻医自身の自己評価ならびに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。

○ 専門研修 3 年

症例: カリキュラムに定める全 70 疾患群 (剖検症例を含む)を経験し、計 200 症例 (外来症例は 20 症例まで含むことができる)以上を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)を経験し、登録しなければなりません。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います。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ます。専門研修修了には、すべての病歴要約 29 編の受理が必要です。

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。
なお、初期研修中の症例は 60 症例まで登録が可能です。

2) 学術活動の目標

内科専攻医には単に症例を経験するにとどまらず、これを自ら深めていく姿勢、すなわちたゆみない自己研鑽を生涯にわたって続けていく姿勢が求められます。このため、教育活動ならびに学術活動が必須となります。

<教育活動>

○ 初期臨床研修医・後輩専攻医・医学部学生の指導を行います。

○ メディカルスタッフを尊重し、必要に応じて指導を行います。

<学術活動>

○ 内科系の学術集会や企画に年 2 回以上参加します (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 subspecialty 学会の学術集会・講演会など

○ 症例報告・臨床研究・内科学に通じる基礎研究を行い、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 件以上行います (推奨)。

3) 各内科系診療科の週間スケジュール

心臓内科

心臓内科（重点コース）：

<table>
<tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土・日</th></tr>
<tr><td rowspan="5">午前</td><td colspan="5">CCU 受け持ち患者診察；情報の把握（～8 時）</td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">CCU モーニングカンファレンス（8 時～8 時半）</td></tr>
<tr><td colspan="5">一般病棟患者診察（8 時半～）</td></tr>
<tr><td>心エコー</td><td rowspan="2">急患外来</td><td>心カテ</td><td>心カテ</td><td>心臓核医学
(RI)検査</td></tr>
<tr><td>病棟・
初期研修医の指導</td><td>病棟・
初期研修医の指導</td><td>病棟・
初期研修医の指導</td><td>病棟・
初期研修医の指導</td></tr>
<tr><td rowspan="4">午後</td><td rowspan="2">急患外来</td><td>心カテ</td><td>心エコー</td><td>総回診</td><td>心カテ</td><td rowspan="2">地域連携
セミナー
(年 3-4 回)</td></tr>
<tr><td>病棟・初期研修医の指導・心臓 CT 検査</td><td>病棟</td><td>心カテ</td><td>心肺運動負荷試験
(CPX)</td></tr>
<tr><td colspan="5">17 時～18 時：心カテ カンファレンス</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>医局会
抄読会
症例検討会</td><td>心臓血管センター
カンファレンス
(17 時～18 時)</td><td>地域連携セミナー
(年 2 回)</td><td>心臓 CT 読影</td><td>RI 読影</td></tr>
</table>

	研究発表会 （18 時半～）	Web カンファレンス （随時）		CPC (随時)		
	当直 (1/週) On Call (1-2/週)					

研修概要（手技・特色）

サブスペ重点コースとして心臓内科を選択する専攻医について

<専攻医 1 年目>目標は一般的な循環器疾患の診断ができ、個々の受け持ち患者における検査の選択や治療方針の決定を各自でできるまでの能力を養うことである。

・指導医の直接指導の下、入院患者 5～6 人程度の主治医となる。

・基本的な検査（心エコー・心臓核医学検査・心臓 CT・心臓カテーテル検査)を担当し、それらの読影・解析をマスターする。

(i) 心エコー検査: 外来枠として週 2 単位を上級医とともに担当する (病棟エコーとしては随時あり) (施行件数：専攻医 1 人当たり 600～800 例、科全体症例数経胸壁 10100 件、経食道 670 件)

(ii) 心肺運動負荷試験 (CPX)・心臓核医学検査 (RI)；週 1 単位；特に心臓 CT と RI に関しては上級医の指導の下に読影を担当する (施行件数；CPX：週 2 例、年間 100 例、RI：週 5 例、年間 250 件)

(iii) 心臓カテーテル検査 (電気生理検査を含む)；最初は外回り、助手からはじめるが (右心カテは最初から可能)、助手経験 1 ヵ月後左心カテの術者を担当することができる (施行件数 300～400 件、科全体 2800 件)。

・PCI・デヴァイス植え込み・アブレーションについては受け持ち患者を中心に助手（PCI は 50～100 例）として経験できる。

・急患外来：週 2 回担当する。

・当直：サブスペ専攻医 1 年目は月 3 回担当、On Call：月 6 回程度担当する。

・学会/研究会活動として症例報告中心に発表する。

・一定期間心臓内科以外の内科をローテーションして、各種内科疾患の経験を積む。

<専攻医 2 年目>目標は 1 年目で修得した臨床能力を応用し、各自で種々の循環器疾患に対して的確な診断・治療法の選択ができ、侵襲的治療を上級医とともに行う。

・半年間から一年間は連携病院に出向し、出向先の病院において循環器疾患を中心に各分野の内科疾患の診療に携わって内科全般の研修を積む。

専攻医 2 年目において当科で研修を続ける期間がある専攻医については、以下のとおりである。

・非観血的検査としては duty として 1 年目と同様に週 2 単位の心エコー・核医学検査を担当する (CT 読影も週 1 回 3 症例；年間 150 例担当)。また心臓カテーテル検査は主に主治医となった患者のカテを担当し、術者として週 5～10 人、助手として週単 5～10 人を担当し、本人の技量により PCI の術者となれる（年間 30～50 例ぐらい）。電気生理学的検査・アブレーション・Device 植え込みも引き続き助手として経験できる。

・急患当番を週 2 回；当直は月 3 回、On Call は月 5 回担当する。

・学会・研究会に積極的に参加し臨床研究課題を立案し、臨床研究成果を学会 (日本循環器学会総会・AHA・ACC などの国際学会)で発表し論文投稿することも可能である。

<専攻医 3 年目>循環器医として自立して日常診療にあたるとともに、研修医、下級レジデントの指導も行う。一年間をとおして当科に所属し他科へのローテーション研修は行わない。

・観血的治療の習熟度を高める；①緊急 PCI②Device 植え込み③アブレーションの術者としての修練ができる。

	・進むべき方向（sub-specialty)を概ね見極めながら、臨床研究課題を実行し、学会発表・論文化も可能である ・急患当番以外に、外来診療（週 1 単位)を担当する：当直は月 3 回/On Call は月 5 回。 **心臓内科重点コース以外のサブスペ重点コース、または、基本コースを選択する専攻医について** ・専攻医自身の希望に応じて、2 ヶ月または 3 ヶ月など一定期間の選択研修を行うことが可能である。 ・指導医の直接指導の下、入院患者 3～6 人程度の主治医となる。 ・基本的な検査（エコー・心臓核医学検査・心臓 CT・心臓カテーテル検査)を担当し、それらの読影・解析をマスターする。 (i)心エコー検査: 外来枠として週 1-2 単位を上級医とともに担当することができる（病棟エコーとしては随時あり)。 (ii)心肺運動負荷試験（CPX)・心臓核医学検査（RI)；希望に応じて担当することができる。 (iii)心臓 CT と RI に関しては上級医の指導の下に読影を担当することができる。 (iv)心臓カテーテル検査（電気生理検査を含む)；最初は外回り、助手からはじめるが（右心カテは最初から可能)、助手経験 1 ヵ月後から左心カテの術者を担当することができる。 ・PCI・デヴァイス植え込み・アブレーションについては受け持ち患者を中心に助手として経験できる。 ・心血管疾患の急患外来：希望に応じて上級医とともに経験できる。 ・CCU 当直：希望に応じて上級医とともに経験できる。

免疫リウマチ科

	月	火	水	木	金
午前	病棟診療 関節エコー	専門外来 関節エコー	免疫ﾘｳﾏﾁ科の 救急当番 病棟診療	病棟診療	病棟診療 関節エコー
午後	病棟診療	専門外来	・免疫ﾘｳﾏﾁ科の 救急当番 病棟診療	ミニレクチャー 週間症例検討会 回診	病棟診療 研究活動
夕方	症例検討会	合同症例検討会 抄読会 研究セミナー	症例検討会		症例検討会

【到達目標】

「膠原病および類縁疾患」と「アレルギー」の領域の疾患群に関する「知識」、「技術・技能」、「症例」の全ての区分において、内科専門医制度内科専門研修カリキュラム、専門研修プログラム整備基準、研修手帳、技術・技能評価手帳に記載されているグレードの到達レベルまで達成することを到達目標とします。

○ 専門研修1年：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（他院)：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：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。

【サブスペ重点コースとして膠原病・リウマチ内科領域研修を選択する内科専攻医】

膠原病・リウマチ内科領域専門研修と連動研修することができます。内科専門研修２年目以降に膠原病・リウマチ内科領域専門研修を開始することができます。

① 内科専攻医としての到達目標に加えて、膠原病・リウマチ内科専門研修プログラムに記載されている到達目標も所定の期間内に達成するように研修する。

② 内科専門研修3年間の中の2年間を膠原病・リウマチ内科専門研修プログラムと連動させた場合は、内科専門研修開始後3年を経過した時点で内科専門医、内科専門研修開始後4年を経過した時点で膠原病・リウマチ内科領域専門医が取得が可能となります。一方、連動の期間が1年の場合は、内科専門研修開始後5年を経過した時点で膠原病・リウマチ内科領域専門医取得が可能となります。

【日本専門医機構が認めるアレルギー領域専門研修について】

専門医機構と日本アレルギー学会の協議結果が示されてからとなります（2026年4月時点で未発表)。なお、アレルギー領域専門研修は内科専門研修と連動はしないことになっています（内科専門研修修了後にアレルギー領域専門研修を開始）。

【特色】

① 他の内科ローテーションの選択・組み合わせ・時期・期間に関しては、3年間で内科専門医を取得できる条件を満たす限りにおいて、個々の内科専攻医の希望に沿ってプログラムを組むことができます。

② 関節リウマチを含む膠原病と気管支喘息を中心とする成人アレルギー疾患に関して、豊富な患者数・強力な指導体制・チーム医療のもとで研修できます。

③ 2025 年の免疫リウマチ科入院患者数 362 人の内訳：関節リウマチ 94 人、血管炎症候群 69 人、SLE36 人、気管支喘息 25 人、全身性硬化症 22 人、多発性筋炎・皮膚筋炎 14 人、リウマチ性多発筋痛症 11 人、アナフィラキシー7 人、その他の疾患 84 人。

④ 2025 年の免疫リウマチ科外来実患者数（カルテ記載から確定病名を抽出した実患者数）4,308 人の内訳：関節リウマチ 1,853 人、気管支喘息 429 人、SLE265 人、血管炎症候群 186 人、全身性硬化症 119 人、多発性筋炎・皮膚筋炎 116 人、リウマチ性多発筋痛症 94 人、混合性結合組織病 51 人、成人発症 Still 病 35 人、ベーチェット病 36 人、その他の膠原病・アレルギー疾患 1,114 人。なお、同一患者で病名重複あり。

腎臓・高血圧内科

【特色】

当科は昭和 48 年に腎臓病の専門診療科として全国に先駆けて「腎疾患専門専診療科」を標榜し診療を開始。以来、腎疾患診療活動にとどまらず、大阪大学腎臓内科の主要関連病院 として学会活動や研究活動 (臨床研究)さらには新薬の治験などを精力的に行っており、我が国の腎臓病学において重要な役割を担っている。現在、当科は常勤医 5 人と非常勤医 3 人のスタッフと専門病床 23 床を有しており、腎炎の診断と治療から慢性腎臓病の進行抑制・寛解導入、腎代替療法の選択・導入、腎移植とその後の管理、透析合併症の治療、腎血管性高血圧を含めた二次性高血圧の鑑別診断・治

療まで、「腎疾患のトータルケア」を実践している。また、救急・集中治療領域や免疫疾患・神経疾患に対するあらゆる血液浄化療法にも対応しているため、腎疾患診療のすべてを経験できる。

【週間予定】

3～4 診/日の腎臓専門外来に加え、腎センターにて腹膜透析外来、腹膜透析準備外来、腎代替療法選択外来などを実施している。

<table>
<tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th></tr>
<tr><td rowspan="2">AM</td><td rowspan="2">内シャント
手術</td><td></td><td rowspan="2">内シャント手術</td><td></td><td rowspan="2">内シャント
手術</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">腹膜透析外来 10:00～11:00</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">PM</td><td colspan="4">腹膜透析外来 14:00～16:00</td><td rowspan="2">内シャント
手術</td></tr>
<tr><td>16:00～
外来初診患者
カンファレンス</td><td></td><td>第 2・4 水曜日
15:00～17:00
腎代替療法
選択外来</td><td></td></tr>
<tr><td>15:00～
17:00
腹膜透析
準備外来</td><td>16:00～
抄読会</td><td>16:00～
新入院
カンファレンス</td><td></td><td>15:00～
17:00
腹膜透析
準備外来</td></tr>
<tr><td colspan="5">年間約 100 件前後の腎生検に対応するため、月～金曜の連日実施</td></tr>
</table>

透析室ベッド数は14床であり、年間の新規血液透析導入患者約110名ならびに周術期や検査目的で入院の維持透析患者約400名/年の臨時透析に対応するため、月・水・金は2クール体制で実施。

【専攻医到達目標】

1 年次: 指導医のもと、臨床徴候から腎疾患の鑑別診断、必要な検査、腎生検の適応の判断、治療方針の決定が行える。指導医のもと、腎臓超音波検査を実施・診断できる。指導医とともに腎生検を安全に実施できる (年間 20～30 例)。各種血液浄化療法の適応や実際の方法さらには合併症等を理解できる。指導医とともに緊急透析用カテーテルを安全に挿入し、ブラッドアクセスやペリトネアルアクセス作成の助手ができる (年間 20 例程度)。二次性高血圧の鑑別診断ができる。

2 年次: 1 年次に習得した知識と技術を駆使し、臨床症候からある程度自分自身で腎疾患の鑑別診断のための必要な検査、腎生検の適応の判断、治療方針の決定ができるが、最終的に指導医の確認を必要とする。自身で腎臓超音波検査を実施・診断できる。指導医の見守り、時には補助のもと腎生検が実施できる。腎機能が低下した患者の透析導入を阻止・遅延させるための患者教育と指導ができる。各種血液浄化療法の適応を決定し、臨床工学技士や看護師に指示を出し、安全に施行できる。ブラッドアクセスやペリトネアルアクセス作成の助手ができる。

3 年次: 2 年間で習得した知識と技術さらには経験を踏まえ、自身で腎疾患患者に対して、必要な検査を実施し、確定診断と治療方針の決定を行うことができる。慢性腎臓病患者に対して適切な指導と

管理を行い、各種血液浄化療法の適応を判断し、安全に実施できる。指導医とともにブラッドアクセスやペリトネアルアクセス作成の助手ができる。

脳神経内科

	月	火	水	木	金
午前	SCU 申し送り (8:00-8:15)				
	神経電気生理検査			ボツリヌス外来 (9:30-12:00)	
午後	神経電気生理検査	脳血管造影/IVR	神経電気生理検査	脳血管造影/IVR	頸動脈エコー
	SCU 合同カンファレンス (17:00-17:30)	抄読会 (17:30-18:30)		脳神経内科 カンファレンス (16:30-18:30)	
その他	SCU・脳神経内科の日中急患当番 (週 1 回 全日、上級医に随時相談可能)				
	SCU 副当直 (月 2 回程度)：脳神経外科とローテーションを組んでいます。On-call 体制は充実。				
	rt-PA 静注療法、緊急血栓回収療法、経頭蓋ドプラ検査、経食道心エコー図 (随時)				
	筋生検・神経生検・Brain Cutting・CPC(随時)				

○ 年間入院患者数は阪大関連病院内で最多 (700-800 例)です。入院患者数 35-45 例/日。
○ 受け持ち患者は専攻医 1 人あたり 5-10 人前後です。
○ 専攻医 1～2 年目は指導医と専攻医 3 年目は初期研修医とチームを組んで診療にあたります。
○ 極めて多岐にわたる症例を経験することができます。
・大阪府の難病診療連携拠点病院であり、神経難病の診断から終末期までの全ての病期をカバーできる数少ない病院の 1 つです。
・SCU ホットライン、SCU12 床を備え、脳卒中学会認定の PSC コア施設として地域の脳卒中超急性期治療を支えています。
・血管内治療やパーキンソン病に対する脳深部電気刺激術は脳神経外科と連携して行っています。
・脳炎、てんかん、ギランバレー症候群などの神経救急疾患も多いです。
○ 各種学会への参加・発表や血管内治療・筋電図/脳波技術講習会への参加を積極的にサポートしています。

呼吸器内科

	月	火	水	木	金	土・日
午前	病棟	病棟	外来	病棟	病棟	
午後	病棟	気管支鏡検査	回診	病棟 (外来化学療法)	気管支鏡検査	
		Cancer Board *	抄読会	非癌 カンファレンス		

＊肺癌を含む胸部悪性腫瘍に関しては、集学的治療の見地より、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線

治療科・画像診断科・病理科が集まる Cancer Board において治療方針を検討している。
①当センターは総合医療センターであり、その利点を生かして、腎不全や精神疾患などの合併症のある呼吸器疾患患者の治療に関して、十分な協力体制ができている。
②自然気胸や胸膜炎症例に対しては、胸腔穿刺や胸腔ドレナージを行うと共に、難治性の場合呼吸器外科との協力体制が確立している。
③気管支鏡検査は超音波内視鏡も含め年間 300 症例以上施行している。気管支鏡検査時に迅速細胞診を導入している。

消化器内科

	月	火	水	木	金
午前	外来診察	外来診察	外来診察	外来診察	外来診察
	上部消化管内視鏡検査	上部消化管内視鏡検査	上部消化管内視鏡検査	上部消化管内視鏡検査	上部消化管内視鏡検査
	超音波内視鏡波検査	超音波内視鏡波検査	超音波内視鏡波検査	超音波内視鏡波検査	超音波内視鏡波検査
		腹部超音波検査	腹部超音波検査	腹部超音波検査	腹部超音波検査
		腹部造影超音波検査	腹部造影超音波検査	腹部造影超音波検査	腹部造影超音波検査
		フィブロスキャン	フィブロスキャン	フィブロスキャン	フィブロスキャン
午後	外来診察	外来診察	外来診察	外来診察	外来診察
	下部消化管内視鏡検査	下部消化管内視鏡検査	下部消化管内視鏡検査	下部消化管内視鏡検査	下部消化管内視鏡検査
	内視鏡的 粘膜下層剥離術	内視鏡的 粘膜下層剥離術	内視鏡的 粘膜下層剥離術	内視鏡的 粘膜下層剥離術	内視鏡的 粘膜下層剥離術
	内視鏡的逆行性 胆管膵管造影	内視鏡的逆行性 胆管膵管造影	内視鏡的逆行性 胆管膵管造影	内視鏡的逆行性 胆管膵管造影	内視鏡的逆行性 胆管膵管造影
	バルーン小腸内視鏡 検査	バルーン小腸内視鏡 検査	バルーン小腸内視鏡 検査	バルーン小腸内視鏡 検査	バルーン小腸内視鏡 検査
		肝局所治療		消化器内科カンファレンス	
		肝胆膵カンファレンス			
		内視鏡カンファレンス			

○外来診療は週１回で、そのほかに救急患者に対応する緊急当番が週１回あります。
○検査業務は上級医の指導の下、上部・下部消化管内視鏡検査と腹部超音波検査を行います。
○病棟診療は指導医と二人体制で行います。指導医は３～６ヵ月で交代します。
○夜間・休日のオンコールは三人体制で行います。
○内視鏡検査・治療は習熟度に合わせてステップアップし、当診療科で行っているすべての内視鏡検査・治療を行うことができます。
○肝に対する検査・治療も習熟度に合わせて通常のエコーガイド下肝生検、狙撃肝生検、局所治療（経皮的ラジオ波焼灼術・経皮的マイクロ波凝固術）へとステップアップしていきます。
○日本消化器病学会、日本肝臓学会、日本消化器内視鏡学会の専門医取得をサポートします。

糖尿病内分泌内科

	月	火	水	木	金
午前	外来	負荷試験 病棟 急患当番	負荷試験 病棟	外来	負荷試験 病棟 急患当番
午後	外来 病棟	病棟 急患当番 カンファ 抄読会	頚動脈 エコー FMD など 病棟	外来 病棟	病棟 カンファ 病棟回診

【特色】

①大阪府下有数の糖尿病患者数を誇り、糖尿病・内分泌を担当する内科としてのスタッフ数も府下有数です。

②CSII (持続皮下インスリン注入療法)や CGMS (持続血糖モニターシステム)など最新の機器、治療法を積極的に取り入れています。

③ケトアシドーシスなどの糖尿病救急症例、外科手術例、糖尿病合併妊娠など豊富な症例を経験出来ます。

④多様な内分泌疾患の診断、治療にも力を入れています。

⑤臨床研究を積極的に行い、専攻医、初期研修医にも学会発表や論文発表の機会をたくさん経験していただきます。

⑥コ・メディカルとのチーム医療を推進しており、また、糖尿病・内分泌領域の地域連携を積極的に進めております。

総合内科

	月	火	水	木	金
朝 8 時 ～	入院患者主治医受持 レビュー	入院患者主治医受持 レビュー	入院患者主治医受持 レビュー	入院患者主治医受持 レビュー	抄読会 入院患者レビュー
朝 9 時 ～		指導医回診	指導医回診		指導医回診
午前					
病棟	各自回診 コンサルト対応	各自回診 コンサルト対応	各自回診 コンサルト対応	各自回診 コンサルト対応	各自回診 コンサルト対応
外来	初診外来	初診外来	初診外来	初診外来	初診外来
	予約外来（指）	予約外来（指）	予約外来（後）	予約外来（指）	予約外来（後）
午後					
病棟	各自回診	各自回診	各自回診	各自回診	各自回診

	ER 大リーガー医回診	コンサルト対応	コンサルト対応	コンサルト対応	コンサルト対応
外来	急患診療	急患診療	急患診療	急患診療	急患診療
17 時 ～	感染症カンファレンス ER カンファレンス	感染症カンファレンス	感染症カンファレンス 外部参加あり	感染症カンファレンス	感染症カンファレンス
特色	総合内科主治医受持ちケースを指導医とともに毎朝レビュー、診療進捗の把握と日々の診療方針・計画の決定。 専攻医/ 指導医による感染症院内コンサルト対応　連日回診あり、指導医へのプレゼンとディスカッション。 総合内科外来　当日予約なし受診ケース　専攻医当番対応、指導医へのプレゼンとディスカッション。 専攻医は週 1 枠　予約再診外来、各ケースの指導医へのプレゼンとディスカッション 平日日中の急患受診診療に随時対応。 連日夕方に感染症院内コンサルトケースの症例検討、プレゼンとディスカッション、ミニレクチャー。 不定期月曜日　16 時～ER 大リーガー医同伴の ER-総合内科入院ケース回診 ER 部当直：指導医－月 2 回、専攻医－月 3 回				
対外活動	あべのジェネラリストの会 (地元医師会主催の GIM ケースカンファレンス)　年 2 回定期参加 京都 GIM カンファレンス　毎月第 1 金曜日　適宜参加 関西多施設参加　診断ケースカンファレンス　年 6 回定期参加 IDATEN (日本感染症教育研究会) ケースカンファレンス参加　年 4 回まで適宜参加 FLEEKIC (関西感染症フェロー教育カンファレンス)　年 3 回定期参加 グラム染色カンファレンス　年 3 回まで適宜参加 日本内科学会　総会/ 地方会、ACP 日本支部総会、日本感染症学会　適宜参加				

血液・腫瘍内科：

	月	火	水	木	金	土日
午前	外来化学療法		外来化学療法		外来化学療法	
午後	病棟カンファレンス			回診 カンファレンス		

＊悪性リンパ腫を中心に、急性慢性白血病、骨髄異形成症候群、多発性骨髄腫などの悪性疾患および、特発性血小板減少性紫斑病、自己免疫性溶血性貧血、再生不良性貧血などの良性疾患、さらに血栓性血小板減少性紫斑病、先天性後天性血友病などの血液凝固異常まで、あらゆる血液疾患に対応している。

＊大規模総合病院であり各診療科より、血球減少やリンパ節腫大、免疫グロブリン異常、血液凝固異常に関して、多くのコンサルテーションを受けている。血液異常所見からの適切な鑑別診断のトレーニングが十全に受けられる。

＊一般的な内科的手技に加え、骨髄穿刺・骨髄生検・抗がん剤髄腔内注射など、当科独自の手技も

身につけることができる。

4) 当直業務

大阪急性期・総合医療センター医務局規程のうち、時間外診療要領に規定する医務当直員の診療業務等を行う (以下抜粋)。

① 時間外診療医の構成

時間外診療は原則として医務当直員が他部門当直員との協力の下におこなうものとするが、必要がある場合は、臨時医務当直員及びオン・コール医がこれに加わるものとする。時間外診療に従事する医師の構成は次のとおりとする。

(a) 医務当直員

医務当直員は、病院長が指定した診療科に所属する医師（非常勤医師を含む）が診療にあたり、大阪急性期・総合医療センター臨床研修要綱による担当初期研修医を指導する。

(b)オン・コール医

当直医を設けていない診療科は科ごとにオン・コール体制を定め、当直医から協力依頼があった場合は直ちにこれに応じるものとする。

② 当直の種類および勤務時間

当直は宿直および日直とし、その勤務時間は原則次のとおりとする。

当直の種類	勤務時間
日 直	9:00 ～ 当日 17:30
宿 直	17:30 ～ 翌日 9:00

③ 医務当直員の区分

医務当直員を医務当直総括医、当直診療医 (以下「当直医」という)、当直研修医 (以下「研修医」という)に区分し、更に当直医にあたっては、内科系当直医、外科系当直医、時間外外来 (ER)当直医、救命救急センター当直医 (TCU、CCU、SCU)、小児医療センター (NICU 及び小児後送)当直医、精神科当直医、産婦人科当直医及び麻酔科当直医 (OP、ICU)とする。

④ 医務当直員の人員

医務当直員の人員は次のとおりとする。

当直員の区分/当直の種類			宿直	日直（土日祝）
当直医	内科系		1	1
	外科系		1	1
	時間外外来		1	1
	救命救急センター	TCU	3（平日）、4（土日祝）	4
		CCU	1	1
		SCU	1	1
	小児医療	NICU	1	1

	センター	小児後送	1（月・木・土）	1（土）
	精神科		1（火・木）	–
	産婦人科		1	1
	麻酔科	op	1	1
		ICU	1	1

⑤ 内科系病棟当直医

内科系の入院患者の診療に専念するとともに、特に次の事項について留意し対処しなければならない。

(a) 病棟の回診

端末の看護業務から入って管理日誌の日当直管理日誌を確認し、宿直においては 19 時 30 分から 21 時までの間、日直においては 11 時までに必要のある患者に対しては回診しなければならない。

(b) 当直日誌への記載

勤務終了後、直ちに勤務中の診療内容を当直日誌に記載しなければならない。

(c) 主治医との連絡

重症患者については主治医より直接あるいは重症患者連絡用紙で、その症状を確認しておかなければならない。また必要に応じて主治医に連絡するものとする。

(d) 入院患者の臨時主治医

救急患者が一般病棟に入院した場合は、総括医の決定に従い、当直勤務時間内おいて臨時にその患者の主治医となるものとする。

(e) 救命救急センター当直医への協力

救命救急センター当直医より、診療について協力の要請があった場合は積極的に応じるものとする。

(f) 初期研修医の教育と指導

診療に関し、時間外外来当直医及び初期研修医より助言あるいは指導を求められた場合は、積極的に対応するものとする。

⑥ ER 当直医

初期研修医とともに新患および旧患として来院した患者の診療に専念するものとする。
特に次の事項について留意し対処しなければならない。

(a) 初期研修医の教育と指導

必ず研修医の診療に立ち会い、その教育および指導にあたらなければならない。

電子カルテ上の研修医記録はその都度確認して承認入力する。

(b) ER 当直医は、診療上必要のある場合、内科系あるいは外科系病棟当直医の対診を求め、処理するものとする。

(c) 心臓疾患、脳卒中、産婦人科的な症状を呈する患者については、ER 当直医は救命救急センター (CCU, SCU)当直医あるいは産婦人科当直医の指導の下、診療にあたるものとする。

(d) 入院を要すると判断したときは、内科系あるいは外科系病棟当直医、救急救命センター(TCU)当直医に連絡し、患者診療を引き継ぐものとする。内科系あるいは外科系病棟当直医は時間外の期

間主治医となる。
(e) 入院に際して、病態に適合する診療科を勘案し、一般病棟 (専用病床、専門外空床)、もしくは救急病棟 (集中治療室)に収容し、内科系あるいは外科系、もしくは救命救急センター当直医が診療を担当する。夜間については、一般病棟入院は原則、ER 病棟に限る。産婦人科的な症状については、産婦人科当直医が診療を担当する。
(f) 入院を必要とする患者を原則として他院へ転送しない。

5) 日中 ER (救急搬送患者対応)

専攻医は昼間救急搬送された患者を 3 次救急担当医と協力して診療にあたる (年数回の当番制)。

6) 臨床現場を離れた学習

①内科領域の救急、②最新のエビデンスや病態・治療法について専攻医対象のセミナーが開催されており、それを聴講し学習します。受講歴は登録され充足状況が把握されます。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。

7) 自己学習

研修カリキュラムにある疾患について、内科系学会が行っているセミナーの DVD やオンデマンドの配信を用いて自己学習します。個人の経験に応じて適宜 DVD の視聴ができるよう図書館に設備を準備しています。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。

8) 大学院進学

大学院における臨床研究は臨床医としてのキャリアアップにも大いに有効であることから、臨床研究の期間も専攻医の研修期間として認められます。臨床系大学院へ進学しても専門医資格が取得できるプログラムも用意されています。

6. 専門医研修の評価

専攻医研修３年目の３月に研修手帳を通して経験症例・技術・技能の目標達成度について最終的な評価を行います。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。プログラム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。

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 5 名程度を指名し、年 2 回評価します。評価法については別途定めるものとします。

日々の診療・教育的行事において指導医から受けたアドバイス・フィードバックに基づき、研修上の問題点や悩み、研修の進め方、キャリア形成などについて考える機会を持ちます。

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。

7．専攻医の就業環境（労務管理）

専攻医の勤務時間、休暇、当直、給与等の勤務条件に関しては、専攻医の就業環境を整えることを重視します。

原則として、専攻医の給与等については研修を行う施設で負担します。

労働基準法を順守し、各施設における就業規則、給与規則その他関連規則等に従います。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。

8．専門研修プログラムの改善方法

定期的に研修プログラム管理委員会を大阪大学医学部附属病院にて開催し、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（ピアレビュー）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。

9．専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

専攻医は内科専門研終了要件となる 120 症例の症例登録、29 症例の病歴要約ならびに各種評価を研修終了年度の 1 月末までに J-OSLER 上に登録し、修了認定を申請すること。プログラム管理委員会は 3 月末までに修了判定を行う。その後、専攻医は日本専門医機構内科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。

10．専攻医の受入数

専攻医の受け入れ人数の上限は当センターの過去の実績ならびに日本専門医機構の調整（シーリング）によって最終決定されます。

11．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

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（研修期間の延長）。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等の事情により，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（4．内科専門医研修要綱 参照)。

12．研修に対するサイトビジット（訪問調査）

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。

13. 専攻医の採用と修了

1) 採用方法

研修申込書 (別紙様式 1)に次に掲げる書類を添えて、所定の期日までに総長に提出する。

ア. 履歴書 (別紙様式 2)
イ. 医師免許証の写
ウ. 初期研修修了証明書
エ. 緩和ケア研修修了証明書
オ. 当該施設研修責任者の推薦状

プログラムへの応募者は、総長宛に所定の形式の『大阪急性期・総合医療センター内科専門研修プログラム 研修申込書』および上記書類を提出してください。申込書は(1) 大阪急性期・総合医療センターのホームページ (https://www.gh.opho.jp/recruit/1/18.html)よりダウンロード、(2) 電話で問い合わせ (06-6692-1201(代表) 人事グループまで)、(3) e-mail で問い合わせ (ishi_boshu@gh2.opho.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則としてすみやかに書類選考および面接を行い、採否を決定して Web 上で公開します。

具体的には、日本専門医機構が Web 上に「専攻医登録システム」を作成しました。専攻医は Web 上の「専攻医登録システム (専攻医向け)」に入力して申し込みます。一方、プログラム総括責任者が応募者一覧上で採否を入力していきます。

採用されなかった方には 2 次募集が準備されています。スケジュールに関しては、追ってホームページ上で通知いたします。

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大阪大学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。

ア) 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
イ) 専攻医の履歴書 (様式 15-3 号)
ウ) 専攻医の初期研修修了証

3) 専攻医研修修了判定

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。

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) 主担当医としてカリキュラムに定める全 70 疾患群のすべてを経験し、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。但し修了認定には、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。 添付の別表参照。
(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
(4) JMECC 受講
(5) 講習会受講: 年に 2 回以上の医療安全講習会、感染対策講習会
(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、医師としての適正に疑問がないこと。

多職種による内科専門研修評価 (社会人としての適正、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正)を他職種が行う。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する。回答は紙ベースで行われるが、担当指導医が 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。1 年間に複数回の評価を行う。1 年間に複数の施設に在籍する場合には、各施設で行うことが望ましい。

4) 専攻医研修修了後の進路について

専攻医は自由意志により研修修了後の進路を決定することができる。専攻医の進路相談は、担当指導医 (メンター)あるいは希望医局が随時対応可能である。

常勤職員としての採用は、研修を修了した卒業 6 年目以降の者が対象であり、地方独立行政法人大阪府立病院機構の規定に従う。

当センターにおいては、①内科系救急医療の専門医 ②総合内科的視点を持った Subspecialist ③総合内科の専門医 ④地域医療における内科領域の診療医を養成しています。

初期臨床研修	専攻医	常勤職員採用
(2 年間)	(3～6 年間)	
初期研修管理委員会	診療科責任者とプログラム管理委員会	各診療科責任者

14. その他

1) 健康管理・予防接種・精神衛生管理

当センター職員の健康管理については、下記の規程に基づいて定期的に健康診断を実施している。

予防接種については、下記の規程のほか大阪急性期・総合医療センター院内感染対策委員会等の見解により、感染の危険性を防止するために実施している。

風疹、麻疹、水痘、ムンプスについては、専攻医の採用時の採血で陰性となった者には予防接種を実施している。また、B 型肝炎ワクチン及びインフルエンザについても、希望する職員を対象に実施している。

○ 地方独立行政法人大阪府立病院機構職員安全衛生管理規程（抜粋）
(健康診断の種類)
第 24 条
健康診断の種類は、別表第 2 のとおりとする。
(健康診断の実施)

第 25 条
安全衛生管理者は、各事業場の該当職員に対し、理事長が別に定めるところにより、健康診断を実施するものとする。
統括安全衛生管理者は、安全衛生管理者が健康診断を実施することが困難であり、又は適当でないと認めるときは、協議により、当該健康診断を実施することができる。
(健康診断の受診義務)
第 26 条
職員は、所定の健康診断を受けなければならない。

別表第 2 (第 24 条関係)

健康診断等の種類	
一般定期健康診断	一般定期健康診断
特別健康診断	深夜業務従事職員健康診断
	放射線業務従事職員健康診断
	特定化学物質等取扱業務従事職員特別健康診断
	有機溶剤業務従事職員特別健康診断
	ＶＤＴ作業従事職員特別健康診断
	海外派遣職員特別健康診断
その他の健康診断	胃集団検診
	大腸検診
	女性検診
	臨時健康診断
	特定健康診査
人間ドック	胃部検診
	大腸検診（便混血反応検査)
	胃部・大腸部検診以外の検査項目（オプション検査を除く)
	脳ドック等のオプション検査
55セルフドック	オプション検査を除いた検査項目
	胃部検診（オプション検査)
	脳ドック等のオプション検査

2）医療安全（医療事故の対応/ヒヤリ・ハット/インシデント/アクシデント・リポート）

専攻医は、医療従事者として医療事故防止に努めなければならない。また一旦事故が発生した場合には、医療上の最善の処置を講じ、有害事象や不利益が悪化しないよう、対策を講じなければならない。
【専攻医の医療事故への対応】
大阪府立病院機構では、医療事故を患者の影響レベルによって 5 段階 (表)に分類し、その対応を規定している。インシデント報告書の報告者は、「最初に問題発生を発見した人または当事者」と規定されている。

専攻医は患者の診療に対する責任を負う「主治医」であるので、①レベル 3a 以下では、当該診療科責任者に報告し、3日以内にインシデント報告書を作成する、②レベル3b以上では即座に当該診療科責任者と上級医に報告し、患者状態の原状回復につとめ、速やかに「事故報告書」を作成する。

【インシデント報告書作成要領】

報告書は院内 OA システムを活用して、「インシデント報告書」を作成し、印刷して速やかに直接監督者に報告する。

1. “患者への影響レベル”は事象の該当するレベルを選択する。レベル 3b 以上は医療事故の取り扱いになるので、医療事故・合併症報告書へ入力する。
2. “事象の内容”は事実に沿って分かり易く正確に入力する。
3. “対応および予防策”は事象に対してどのように対応したか、また今後同じことを起こさないためにはどうすべきかを具体的に入力する。
4. 報告内容を入力し登録したら印刷し直接監督者に事象内容を報告する。
5. 内容に不備等があり、差し戻されたら、すみやかに修正し再登録を行い、承認を得る。

3) 個人賠償保険の病院包括契約について

当センターは平成 23 年より従来個人負担で契約していた個人責任賠償保険を、病院が包括的に加入契約しその保険料を負担しているので、下記の職種の方々は院外の医療行為に自ら携わらない限りにおいて、個人賠償責任保険に加入する必要がありません。

【対象職種】医師 (常勤、非常勤、応援医師を含む)、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床工学技士、理学療法士、診療放射線技師、作業療法士、臨床検査技師、言語聴覚士、視能訓練士

4) 診療録記載マニュアル (抜粋)

大阪急性期・総合医療センターの診療録は、2007 年 9 月 18 日以降入院患者より電子カルテシステムを稼働し、2008 年 5 月 1 日より外来における電子カルテシステムを導入した。

診療録は医師法第 24 条で作成が義務づけられている公的な記録である。診療経過と医学的な診断の根拠となるべきものであり、自らの診療内容の点検、チーム医療の推進や情報開示などあらゆる事項の基本となるものである。記録のないものは、事実がどうであれ、診療していないか、または医学的な判断をしていないと判断される。診療の都度、速やかに記録する。

また、電子カルテでは厚生省通知「診療録等の電子媒体による保存について」(平成 11 年 4 月 22 日付)に基づき「真正性」「見読性」「保存性」が確保されなければならない。

- 真正性：故意または過失による虚偽入力、書換え、消去及び混同を防止し、作成の責任の所在を明確にすること。
- 見読性：情報の内容を必要に応じて肉眼で見読可能な状態に容易にでき、直ちに書面に表示できること。
- 保存性：法令に定める保存期間内、復元可能な状態で保存すること。

【記録の原則】

① 診察・検査・治療・診断のあと 24 時間以内に記録する。
② 記録は電子カルテに記録する。

③ 診療録は POMR に基づいて、SOAP 形式で記載する。
④ 電子カルテのツールを使用して作成し、出力した文書には手書きで追記をしない。
⑤ 患者、家族への説明に使用する文書は電子カルテで作成をする。
⑥ 説明時に追記をした場合は、複写をとりスキャンする。
⑦ 治療・処置とそれを行った理由を記録する。
⑧ 電子カルテの記録の修正・追記は、修正履歴を残すため、実施日にさかのぼって修正し、記録の版数をあげる。
⑨ 簡潔、明瞭に記録し略語は多用しない。
⑩ 患者の発言や行動に関しての批判、論評は記録しない。
⑪ 他の医師の行った治療や判断に関する批判を記録しない。
⑫ 外国語はできる限り使用せず、病名や人名に限定する。
⑬ あいまいな文書表現は使用しない。
⑭ 医学用語は学会用語集に、略語は医学辞典に準拠して用いる。
⑮ 意味不明な俗語、仲間内だけの隠語などは使用しない。
⑯ 別紙参照と記録しない。
⑰ 電子カルテに記録できない他院紹介状等の紙の記録はスキャンによる電子化を行う。
⑱ 電子カルテに記録する際の文字フォントは、11.5 ポイント黒色を原則とする。
⑲ 電子カルテの記載時、取り消し線は使用しない。

◆当センターの診療録は、2008 年 5 月 1 日以降全面電子カルテ化を行っているが、以下の場合に限り紙運用を認める。なお、紙に記載した診療録はスキャンによる電子化を行う。
・電子カルテシステムダウン時
・超緊急状態であり電子カルテシステムで記録できない時
・医療情報管理委員会が特に認めた時

【記録における一般的留意事項】

診療録は、公的な記録であることを十分に認識し、事実を正確かつ客観的に記録する。

① デジタル画像として電子カルテに取り込みのできない創部の写真、エコーの写真などは必要なものをスキャンにより電子化する。
② 症状・所見・治療計画などは簡潔で明瞭に記録する。
③ 記録者以外の人が見ても診療内容が妥当であると納得できるような記録を心がける。
④ 患者の訴えや不満な内容を正確に記録し、その対応についても記録する。
⑤ 以前の記録と矛盾が生じた場合、その理由を明らかにする。
⑥ 診療録の記録内容は第三者 (チーム医療の仲間・専門家)にも理解できるよう客観性を持たせることを前提に、必要な事項の記録を行うとともに、症状、所見記録の充実を図る。
⑦ 医療行為や検査を行う場合は、その必要性を記録するよう励行する。
⑧ 患者や家族に対する説明内容は正確に記録する。

※患者や家族に対する説明内容は、記録にタイトル (インフォームドコンセント)を付与し電子カルテに記載する。説明者、説明日時、患者および同席者、説明内容、質問と回答、理解度等を記録しておく。

⑨ 第三者に対して説明する場合は、原則として患者または保護者の同席が望ましいが同席しない場合は、当該患者あるいは保護者から同意を得ていることを確認のうえ情報提供を行う。その際、同意の

確認をしたことを電子カルテに記録する。

⑩ 診療録等は開示の対象である。

・患者のプライバシーに関することで、臨床的に必要でない事は記録しない。

・臨床的に必要でない患者の性格や態度についての意見は記録しない。

・患者の発言や行動に関しても、主観的に記述したり、レッテルを貼るような表現を用いない。

・他の医療関係者とのトラブルや他のスタッフに対する非難や批判は記録しない。

・自分の診療不備を他人に転嫁するような記録はしない。

注意：「停止ルール」

患者退院後 1 カ月以上経過した未整理カルテ所有の医師に対し

① 一切の学会および研究会/研修会の発表及び出席を認めない。

② 新入院/再入院患者の主治医/担当医になることを認めない。

③ 次の診療科へのローテートを認めない。

5) CPC レポート提出について

2004 年度より、CPC での症例提示とレポート提出が必要とされる機会が増えてきた。これを受けて当センターは地域の先生も参加可能な大規模 CPC「センター CPC」と小規模な教育型 CPC「院内 CPC」を多数回開催してきた。前者は剖検診断を隠したまま臨床経過を提示し、臨床的問題点を議論したのちに剖検結果が明らかにされ臨床病理学的に総括されるスタイルである。一方後者はすべての剖検症例をそれぞれの担当医が発表し、病理医が剖検所見を述べて討議を行うものである。

担当患者が亡くなられた場合、剖検に立ち会い、臨床経過用紙に主治医として氏名を記載すること、後日剖検報告がなされ、CPC が開催されるが、担当専攻医はそれをまとめて CPC レポートにすることが要求されている。

<u>禁止事項</u>

1. 他人のレポートを丸写しすること：発覚すれば修了認定をしない場合もありうる。
2. 実際には経験していないことをレポートにすること：虚偽報告は一切認められない。

例外は CPC 症例の担当医になれなかった場合の CPC レポートのみである。

3. 個人情報をレポートに記入すること：患者氏名、生年月日等。
4. 前医や患者への中傷等を記載すること。

6) 急性期・総合医療センターCPC 開催実績一覧表

急性期・総合医療センターCPC は年 4 回定期開催され、小規模な院内 CPC は随時開催される。前者は、担当医の症例呈示、質疑応答、専攻医 (レジデント)の鑑別診断が行われた後、病理解剖所見が明らかにされる。専門家のコメントも入れ、当該科部長がまとめる。会場は院内の講堂で、主催科の都合で日程が調整されるが多くは月末の木曜日午後 5 時半～7 時半に開催される。

2．2025 年度院内 CPC

開催日時	場所	テーマ	主観科
2025 年 11 月 19 日	病理科	虚血性心筋症による院外心停止に対し補助循環挿入後、ST 上昇型急性心筋梗塞を併発し急激な転帰を辿った 1 例	心臓内科
2025 年 12 月 17 日	病理科	発熱、腹痛を主訴に救急搬送された後、ショックに至った一例	救急診療科
2026 年 1 月 21 日	病理科	肺扁平上皮癌に対して化学療法中に肺炎と脳梗塞により急激な転帰を辿った 1 例	呼吸器内科
2026 年 2 月 4 日	病理科	右下肢急性動脈閉塞に対し緊急カテーテル治療後、CHDF 施行下で心停止に至った症例	心臓内科
2026 年 2 月 18 日	病理科	二弁置換術後 ICU でショックに至った一例	心臓血管外科
2026 年 3 月 4 日	病理科	多臓器の合併症を伴った顕微鏡的多発血管炎の一例	免疫リウマチ科
2026 年 3 月 19 日	病理科	献腎移植直後に難治性致死性不整脈を発症し、重篤な転帰を来した一例	泌尿器科

15. 内科専門医研修要綱

地方独立行政法人　大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター

内科専門医研修要綱

(総則)
第１条　この要綱は、大阪急性期・総合医療センター　(以下「センター」という)において内科専門医研修を行う医師　(以下「専攻医」という)の研修について必要な事項を定める。

(研修の種別)
第 2 条　医師免許取得後 2 年以上初期臨床研修を行った者を対象とする。将来専攻しようとする内科系サブスペシャルティの前段階にあたる研修であるとともに、内科領域全般に共通の基礎的診療能力を高める研修である。

(組織・運営)
第 3 条　臨床研修を効果的に実施するため、センター内に専攻医臨床研修委員会　(以下「研修委員会」という)を設置する。
研修委員会の組織及び運営に関する事項は、別に定める。

(研修の申込)
第４条　公表、公募を行うので、研修を受けようとする者は、研修申込書　(別紙様式 1)に次に掲げる書類を添えて、所定の期日までに総長に提出しなければならない。

ア. 履歴書　(別紙様式 2)
イ. 医師免許証の写
ウ. 初期研修修了証明書
エ. 当該施設研修責任者の推薦状
オ. 緩和ケア研修修了証明書

(専攻医の採用)
第５条　専攻医の採用は、センターの採用試験の結果を受けて、阪大研修プログラム委員会で決定する。
前項の決定を受け、専攻医として採用された者は、誓約書　(別紙様式 3)を病院長に提出しなければならない。

(研修計画)
第６条　研修計画は、プログラム責任者の企画立案を受けて研修委員会において定める。

(プログラム責任者・副プログラム責任者)
第７条　センターに臨床研修プログラムの総括者として、プログラム責任者を置く。

プログラム責任者は、病院長が指名する。
プログラム責任者は、研修委員会委員長及び研修実施責任者を兼務しても良い。
プログラム責任者は、研修プログラムの企画立案及び実施の管理並びに専攻医に対する助言、指導その他の援助を行う。
プログラム責任書の業務を補佐する副プログラム責任者を若干名置く。

(研修実施責任者)
第 8 条　センター、連携型臨床研修病院において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者をいう。
センターの研修実施責任者はプログラム責任者を兼務し、研修委員会の構成員となる。

(専門研修指導医)
第９条　専攻医の臨床指導を行うため、各診療科に内科専門研修指導医（以下「指導医」という)を置く。

日本専門医機構が定めた指導医とは、当該領域における十分な診療経験を有し、教育・指導能力を有する医師である。上記に加え、内科学会における指導医は、内科指導医として登録されていた経歴があり、①「総合内科専門医」の資格を有する者、または②認定内科医であり、内科系 Subspecialty 専門医*を 1 回以上更新している者、あるいは③内科指導医として登録されていた経歴がなくても指導医票を提出した者、の中から院長が指名する者であって機構の承認を得る必要がある（2027 年までの暫定措置)。

2028 年以降：日本内科学会が定める要件を満たし、認められた指導医であること。その要件は次のとおりである。
【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（1，2 いずれかを満たすこと)】1．CPC、CC、学術集会（医師会を含む)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）に参加すること。
　これら「必須要件」と「選択とされる要件」を満たした後、全国の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 e-test を受け、合格したものを新・内科指導医として認定する。
＊ 内科系 Subspecialty 専門医：日本内科学会指定の 15 学会が認定する、消化器病専門医、循環器専門医、内分泌代謝科専門医、腎臓専門医、呼吸器専門医、血液専門医、神経内科専門医、アレルギー専門医、リウマチ専門医、感染症専門医、糖尿病専門医、老年病専門医、肝臓専門医。

指導医1名は同時に3名までの専攻医を指導できるが、1研修年次1名が基本である。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。

指導医は、専攻医にCPCやJMECC、医療倫理・医療安全・感染対策講習会・研修施設群合同カンファレンス等の受講を義務付け、そのための時間的余裕を与える。

指導医は、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。

指導医は、指導法の標準化のため内科指導医マニュアル・手引き (改訂版)により学習する。また、厚生労働省や日本内科学会の指導医講習会の受講が望ましい。

(研修の期間)
第 10 条 臨床研修の期間は 3 年以上とする。ただし、雇用契約は 1 年ごとに更新する。

(専攻医の責任と義務)
第 11 条 専攻医の責任と義務は大阪府立病院機構職員に準ずる。
専攻医は、初期研修医に対しては積極的に協力するとともに、教育及び指導にあたらなければならない。

(専攻医の所属)
第 12 条 専攻医は、内科系のそれぞれの診療科に所属して研修を行うものとする。
基本コース希望の専攻医は総合内科の所属とする。

(専攻医の身分等)
第 13 条 専攻医の身分は、非常勤嘱託員とする。
専攻医の報酬は、別に定める。
社会保険は、健康保険、厚生年金保険、雇用保険および労働者災害補償保険を適用する。

(専攻医の当直勤務)
第 14 条 専攻医は別に定める当直勤務に服さなければならない。

(研修の修了判定および承認)
第 15 条 専攻医が内科専門研修を修了した時、研修委員会において評価・検討を行い、その結果をさらにプログラム管理委員会で検討し、統括責任者が承認する。

(専門研修の休止・中断、プログラム移動)
第 16 条　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いれば、休職期間が 6 か月以内であれば、研修期間を延長する必要はないものとする。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ある。
短時間の非常勤勤務期間などがある場合、按分計算（1日7時間45分、週5日を基本単位とする）を行なうことによって研修実績に加算される。留学期間は原則として研修期間として認めない。
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、移動前の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可能とする。

(研修修了後の進路)
第 17 条　専攻医は、研修修了後の就職先を自由に選択する権利がある。
当センターで引き続き就職を希望する場合は、院内規定に従う。

(弁償)
第 18 条　専攻医は、故意または重大な過失により当センターに損害を与えた時は、その弁償の責任を負わなければならない。

(その他)
第 19 条　この要綱に定めるものの他、必要な事項は病院長が別に定める。

附則：この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

16. 専攻医臨床研修委員会

地方独立行政法人　大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター

専攻医臨床研修委員会設置要綱

(設置)
第 1 条　当センターにおける新専門医制度の充実と合理的かつ効果的な運営を図るとともに、卒後 3 年目以降の臨床研修医 (以下「専攻医」という)教育の向上と発展に資することを目的として、大阪急性期・総合医療センター専攻医臨床研修委員会 (以下「委員会」という)を設置する。
(職務)
第 2 条　委員会は、病院長の諮問に応じて次に掲げる専攻医教育に関する基本的事項について調査、審議し、病院長に答申を行うほか、必要に応じて意見具申を行うものとする。
(1) 臨床研修プログラムの運用に関する事項
(2) 臨床研修プログラムの作成・変更に関する事項
(3) 専攻医の教育指導及び管理体制に関する事項
(4) 指導医の選任に関する事項
(5) 専攻医の募集及び選考に関する事項
(6) 専攻医の服務及び勤務条件に関する事項
(7) 専攻医の研修中断及び修了の評価に関する事項
(8) その他臨床研修に関する事項
(組織)
第 3 条　委員会は、以下の者を含む委員をもって構成する。
(1) 病院長又はこれに準ずる者
(2) 事務局長又はこれに準ずる者
(3) プログラム責任者：研修プログラムごとに 1 人配置する
(4) 心臓内科科長又はこれに準ずる者
(5) 消化器内科科長又はこれに準ずる者
(6) 呼吸器内科科長又はこれに準ずる者
(7) 腎臓・高血圧内科科長又はこれに準ずる者
(8) 糖尿病内分泌内科科長又はこれに準ずる者
(9)　免疫リウマチ科科長又はこれに準ずる者
(10) 脳神経内科科長又はこれに準ずる者
(11) 血液・腫瘍内科科長又はこれに準ずる者
(12) 総合内科科長又はこれに準ずる者
(13) 看護部門の責任者又はこれに準ずる者
(14) コ・メディカル部門の責任者又はこれに準ずる者
(15) その他病院長の必要と認める者

委員は、医務局、看護部、医療技術部及び事務局の職員のうちから病院長が任命する。
委員の任期は、1 年とする。ただし、再任を妨げない。
補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
(委員長及び副委員長)
第 4 条　委員会に委員長及び副委員長を置き、委員のうちから病院長が任命する。
委員長は、会議の議長となって会務を総括する。
副委員長は委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、会務を代行する。
(会議)
第 5 条　委員会は、委員長が招集する。
委員会の会議は、必要に応じて開催する。
委員会は、委員の 2 分の 1 以上が出席しなければ会議を開催することができない。
委員会の議事は出席委員の過半数で決し、可否同数のときは議長の決するところによる。
委員長が必要と認めるときは、関係者の出席を求め意見を徴することができる。
(庶務)
第 6 条　会議の庶務は、品質管理部研修教育室において処理する。
(雑則)
第 7 条　この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附則
この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。
この要綱は、令和 2 年年 4 月 1 日から施行する。
この要綱は、令和 7 年 6 月 13 日から施行する。

17. 内科専門医プログラム管理委員会

地方独立行政法人　大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター

内科専門医プログラム管理委員会設置要綱

(設置)
第1条　　当センターが新内科専門医制度における基幹施設として、プログラムと当該プログラムに属するすべての内科専攻医の研修を責任をもって管理する目的で、大阪急性期・総合医療センター内科専門医プログラム管理委員会 (以下「プログラム委員会」という)を設置し、プログラム統括責任者を置く。
(職務)
第 2 条　プログラム委員会は、病院長の諮問に応じて次に掲げる専攻医教育に関する基本的事項について調査、審議し、病院長に答申を行うほか、必要に応じて意見具申を行うものとする。
(1) 臨床研修プログラムの運用に関する事項
(2) 臨床研修プログラムの作成・変更に関する事項
(3) 専攻医の教育指導及び管理体制に関する事項
(4) プログラム責任者及び指導医の選任に関する事項
(5) 専攻医の募集及び選考に関する事項
(6) 専攻医の服務及び勤務条件に関する事項
(7) 専攻医の研修中断及び修了の評価に関する事項
(8) その他臨床研修に関する事項
(組織)
第 3 条　委員会は、以下の者を含む委員をもって構成する。
(1) 病院長又はこれに準ずる者
(2) 事務局長又はこれに準ずる者
(3) プログラム責任者：研修プログラムごとに 1 人配置する
(4) 心臓内科科長又はこれに準ずる者
(5) 消化器内科科長又はこれに準ずる者
(6) 呼吸器内科科長又はこれに準ずる者
(7) 腎臓・高血圧内科科長又はこれに準ずる者
(8) 糖尿病内分泌内科科長又はこれに準ずる者
(9) 免疫リウマチ科科長又はこれに準ずる者
(10) 脳神経内科科長又はこれに準ずる者
(11) 血液・腫瘍内科科長又はこれに準ずる者
(12) 総合内科科長又はこれに準ずる者
(13) 連携施設の研修委員会責任者又はこれに準ずる者
(14) 看護部門の責任者又はこれに準ずる者

(15) コ・メディカル部門の責任者又はこれに準ずる者
(16) その他病院長の必要と認める者
委員は、医務局、看護部、医療技術部及び事務局の職員のうちから院長が任命する。
委員の任期は、1 年とする。ただし、再任を妨げない。
補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び副委員長)
第 4 条　委員会に委員長及び副委員長を置き、委員のうちから院長が任命する。
委員長は、プログラム統括責任者としてプログラムの適切な運営・進化の責任を負うとともに、会議の議長となって会務を総括する。
副委員長は委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、会務を代行する。

(会議)
第 5 条　委員会は、委員長が招集する。
委員会の会議は、必要に応じて開催する。
委員会は、委員の 2 分の 1 以上が出席しなければ会議を開催することができない。
委員会の議事は出席委員の過半数で決し、可否同数のときは議長の決するところによる。
委員長が必要と認めるときは、関係者の出席を求め意見を徴することができる。

(庶務)
第 6 条　会議の庶務は、品質管理部研修教育室において処理する。

(雑則)
第 7 条　この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。
附則
この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。
この要綱は、令和 7 年 6 月 1 0 日から施行する。ただし、第 6 条については、令和 7 年 4 月 1 日から適用される。

施設認定基準充足状況のまとめ

大阪急性期・総合医療センター

認定基準 [整備基準 24] 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。 •研修に必要な図書館とインターネット環境があります。 •非常勤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施設 (大阪府こころの健康総合センター)が、病院と公園をはさんで隣にあります。 •ハランスメント対策講習会が院内で毎年開催されています。 •女性専攻医が安心して勤務できるように、ロッカー、更衣室、シャワー室、当直室が整備されています。 •病院と同敷地内に保育所があり、病児保育も含め利用可能です。
認定基準 [整備基準 24] 2) 専門研修プログラムの環境	•JMECC 開催要件であるディレクターが在籍しており、毎年数回講習会を開ける体制にあります。 •指導医は 2026 年 4 月の時点で 31 名在籍しています。 •専攻医研修委員会を設置し、施設内で研修する専攻医の研修を管理し、基幹施設に設置されるプログラム管理委員会と連携を図ります。 •医療安全、感染対策の各講習会を定期的に開催 (2025 年度実績 医療安全 12 回、感染対策 5 回)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ます。 •CPC を定期的に開催 (2025 年度実績 : 7 回)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。 •地域参加型カンファレンスを各診療科にて年２回開催し、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 [整備基準 24] 3) 診療経験の環境	カリキュラムに示す内科領域 13 分野のすべて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ます。
認定基準 [整備基準 24] 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 3 演題以上の学会発表 (2025 年度実績 9 演題)をしています。
指導責任者	大阪急性期・総合医療センター内科専門研修プログラム責任者　林　晃正
指導医数（常勤）	日本内科学会指導医 31 名、日本内科学会総合内科専門医 32 名
外来・入院 患者数	2025 年実績：外来患者 1,167 名 (平均/日)、　入院患者 20,666 名/年
経験できる疾患群	専攻医登録評価システム (J-OSLER)にある内科 13 領域、70 疾患群のほとんどすべての症例を定常的に経験することができます。当センターは高度救命救急センター、三次救急及び二次救急の指定医療機関であることを踏まえ、南大阪地域の救命救急の中核的医療機関として、24 時間体制で患者

	さんを受け入れています。従って、救命救急センターと連携して救急領域の不足疾患を経験することが可能です。また、障害者医療・リハビリテーションセンターを有して、医療と福祉の連携といった観点に立った活動も行っているため、急性期から慢性期まで幅広い疾患群を経験できます。
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、慢性疾患、希少疾患、さらに高度先進医療を経験できます。また、大阪府南部医療圏における地域医療、病診・病々連携なども経験できます。
学会認定施設 (内科系)	日本内科学会認定教育病院 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認定指導施設 日本肝臓学会認定施設 日本循環器学会認定循環器専門医研修施設 日本不整脈学会専門医研修施設 日本呼吸器学会認定施設 日本呼吸器内視鏡学会認定施設 日本腎臓学会研修施設 日本透析医学会認定医認定施設 日本高血圧学会専門医制度認定施設 日本糖尿病学会認定教育施設 日本アレルギー学会専門医教育施設 日本リウマチ学会教育施設 日本神経学会専門医教育施設 日本臨床腫瘍学会認定研修施設 日本プライマリ・ケア学会認定医研修施設 日本内科学会専門医制度研修施設 日本感染症学会研修認定施設 日本脳卒中学会認定研修教育病院 心血管インターベンション学会研修施設 植え込み型除細動器移植・交換術認定施設 両室ペースメーカー移植術認定施設 日本胆道学会指導施設 経皮的僧帽弁接合不全修復システム認定施設 日本甲状腺学会認定専門医施設 日本緩和医療学会認定研修施設 日本超音波医学会超音波専門医研修施設 日本血液学会研修教育施設 日本脳神経血管内治療学会研修施設 日本腎デナベーション実施施設

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。

内科専攻研修において求められる「疾患群」、「症例数」、「病歴提出数」について

	内容	専攻医3年修了時 カリキュラムに準ずる症例数	専攻医3年修了時 修了要件	専攻医2年修了時 経験目標	専攻医1年修了時 経験目標	※5 病歴要約提出数
	総合内科Ⅰ(一般)	1	1※2	1		2
	総合内科Ⅱ(高齢者	1	1※2	1		
	総合内科Ⅲ(腫瘍)	1	1※2	1		

新・内科専門医制度『内科研修カリキュラム』について

概要

•『内科研修カリキュラム』は「研修カリキュラム 2011」（現行版）をベースとするものの、5 年の研修を前提とした内科専門医のカリキュラムとして見直した。なお，5 年の研修には初期臨床研修の 2 年間も含まれている。

•『内科研修カリキュラム』は次の領域から構成されている。

『総合内科Ⅰ(一般)』、『総合内科Ⅱ (高齢者)』、『総合内科Ⅲ(腫瘍)』、『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』

また現在、医療への高まる社会的要請や医学の進展、多様化などに伴い，今後もカリキュラムの領域や項目については定期的に見直しを行なう。各領域のカリキュラムは研修項目の一覧表と、その項目を説明する本文によって構成されている。項目一覧表の各項目には達成度の指標となる到達レベルが A、B、C というグレードとして設けられている. なお、各項目の達成度をより明確にするため、到達レベルのグレードは「知識」、「技術・技能」、「症例」として分類されている。

【到達レベルについて】

1) 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。
2) 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。
3) 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シミュレーションで学習した。

•研修カリキュラムは研修の根幹をなす内容であるが、実際の研修はこのカリキュラムをもとにした各施設（施設群）において実施内科研修プログラムにて行われる。

•このカリキュラムを単なる理想、目標とすることなく、実際の研修時に履修内容の確認や評価を専攻医、指導医が共有して行えるよう研修手帳 (Web 版)を別途設ける。

新・内科専門医制度『日本内科学会専攻医登録評価システム』および本冊子『専攻医登録評価システム（J-OSLER）』について

1)『J-OSLER』概要

新・内科専門医制度（以下，内科専門医制度)において，この制度に参加する各プログラム（施設群)は，内科専攻医が内科研修カリキュラムの内容を修得できることを目指し、プログラム作成を行なう。

日本内科学会では、プログラムの研修状況を可視化して評価できるよう、初めての試みとして『専攻医登録評価システム（以下、J-OSLER)』を開発した。専攻医は全国のいずれかの内科研修プログラムに登録後、その研修内容（主に症例経験）を Web 上の専攻医登録評価システムへ簡潔に登録し、指導医がそれを確認・評価する。この J-OSLER を用いることにより、専攻医、指導医、施設群におけるプログラム管理委員会、日本専門医機構内科領域研修委員会がそれぞれの立場で管理画面を確認することによって、プログラムの進捗状況を確認することができる。このことによって、プログラム内での研修状況を確認・評価することにとどまらず、全国的な研修状況を把握することも可能となり、プログラム達成に向けて支援や奨励に活かすことも期待できる。

このたび用意された，『研修カリキュラム』の内容の全てを高い次元で達成することは困難である。しかし、J-OSLER を活用することにより、特に必須とされる症例経験数と領域の受持バランスを可視化することができる。そのことによって、内科専門医の受験資格は、やや高い次元での到達度を受験資格として想定しているが、専攻医全体の研修状況を確認しながら、弾力的な運用を考慮することも併せて申し上げておく。

登録内容：病院名および診療科名、受持期間、患者 ID、受持時患者年齢、診断名、プロブレム、考察など。ひとつの症例につき、この登録内容を記載し、その症例の受け持ちの確認と簡易的な評価を Web 上で指導医に行なってもらう。

登録数は研修期間において 200 以上を目標とする（但し修了要件は 120 以上)。

なお、専攻医として登録開始する前の症例経験については、研修内容の質が担保されている場合に限り、遡及して登録することを認める（初期研修中の貴重な症例経験などを想定)。

2） 症例経験の分野について（J-OSLER について)

専攻医が研修し，登録する症例の分野は以下の領域に大別される.

「総合内科Ⅰ（一般)」、「総合内科Ⅱ（高齢者)」、「総合内科Ⅲ（腫瘍)」、「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」、

これらの領域に履修順序はないが、それぞれの領域で示されている疾患群の症例を受け持つことが重要となってくる。

疾患群とは何か（本冊子参照)

研修カリキュラムに記載されている疾患項目は大項目、中項目、小項目としてとりまとめられて記載されている。『J-OSLER』では，これら研修カリキュラムの疾患項目の中項目や小項目をやや大きな固まりとして取りまとめている。

疾患群の数はそれぞれの領域によって異なるが、各領域の研修を偏りなく経験することを期待して、次のように構成されている。

なお、内科専攻医としての登録→経験症例の登録→指導医の評価→基準達成に伴う病歴要約の提出→病歴要約査読は全て一貫した J-OSLER をもって行なう。

【各領域の疾患群の数】

「消化器」9、「循環器」10、「内分泌」4、「代謝」5、「腎臓」7、「呼吸器」8、「血液」3、「神経」9、「アレルギー」2、「膠原病および類縁疾患」2、「感染症」4、「救急」4　疾患群の数の合計＝ 67+3「総合内科Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」

「総合内科Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」は特定の臓器別領域を指すものではない。

内科専攻医には，これら 67+3 に大別された疾患群の症例を主担当医として疾患群ごとに最低一つは経験することが求められる。

3） 求められる症例経験（登録する症例)について

各疾患に振り分けられた「到達レベル」は、経験の内容が下記のように区別される。
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シミュレーションで学習した。

67+3 に大別された疾患群には、主治医としての経験が求められる到達レベル A グレードの症例が必ず含まれており、そのことからも内科専門医として 67+3 の疾患群、それぞれにおいて最低 1 つ以上の症例経験を求める (症例経験のバランスを考慮する)。

中にはたまたま主治医としての受け持ちが期待される到達レベル A グレードの症例経験がなく、同じ疾患群の希少疾患 (C グレード)を受け持つことがあると思われる。この場合は、その稀少疾患を受け持ったことによりその疾患群の症例経験を満たしたと見なす。

4) 指導医による評価

専攻医が登録した症例経験について、指導医がその内容を確認する。指導医とは専攻医の研修にあたっている直接の担当指導医を想定している。しかし研修プログラムや施設の規模によっては、指導医を統括するプログラム責任者が担当指導医を兼務することも想定される。

指導医は専攻医が登録したその症例を専攻医登録評価システム (J-OSLER) (指導医画面)から内容を確認し、将来病歴要約の提出候補症例として作成できる十分な研修を積んでいると判断できる場合、これを評価する 評価は指導医への負担軽減を考慮し、あくまで簡易的なものとする)。

5) 内科専門医の受験資格 (病歴要約提出への流れ)

J-OSLER を用いて、内科研修の経時的評価 (プロセス評価)を行なうが、専攻医が次の全ての基準を満たしたときに、病歴要約の提出 (オンライン提出)を認め，提出された病歴要約の査読 (オンライン査読)を日本内科学会病歴要約評価ボード (仮称)が直接行なう。

【病歴要約提出に関する基準】(内科専門医プログラム整備基準 別表参照)
1. 専攻医研修 (後期研修)から満 2 年の内科研修期間が経過している。
2. 80 症例以上を主担当医として受け持っており、J-OSLER への登録と評価が完了している。
※専攻医の修了要件は 120 症例以上となっている。
3. 症例は内科各領域を偏りなく受け持つことが期待されるため、内科専門医プログラム整備基準の項目 に定められた 45 疾患群 (専攻研修 2 年)の登録と評価が完了している。
※専攻医の修了要件は 56 疾患群以上となっている。

令和８年度　大阪急性期・総合医療センター
内科専門研修指導医名簿（令和８年４月現在）

所属	役職	氏名	総合内科専門医	研修委員会委員
総合内科	主任部長	大場　雄一郎	●	●
	副部長	大池　実衣子	●	
	副部長	牛塲　彩	●	
呼吸器内科	主任部長	上野　清伸	●	●
	医長	矢賀　元	●	
	医長	新津　敬之	●	
消化器内科	主任部長	藥師神　崇行	●	●
	部長	井上　拓也		
	副部長	山井　琢陽	●	
	副部長	俵　誠一	●	
	副部長	川井　翔一朗	●	
心臓内科	副院長	山田　貴久	●	●
	主任部長	浅井　光俊	●	●
	部長(JMECC director)	森田　孝	●	●
	副部長	川崎　真佐登	●	
	副部長	菊池　篤志	●	
	副部長	近藤　　匠巳	●	
	医長	河合　努	●	
糖尿病内分泌内科	主任部長	畑﨑　聖弘		●
	副部長	藤田　洋平	●	
	診療主任	畑　雅久	●	
腎臓・高血圧内科	副院長　兼　医務局長	林　晃正	●	●
	主任部長	冨田　弘道	●	●
	副部長	橋本　展洋	●	
脳神経内科	主任部長	坂口　学	●	●
	副部長	星　拓	●	
	副部長	隅蔵　大幸	●	
	医長	深阪　勲	●	
免疫リウマチ科	部長	細川　貴司	●	●
	診療主任	中坪　大亮	●	
血液・腫瘍内科	主任部長	石河　純	●	●
	医長	紀田　修平		

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター内科専門医プログラム管理委員会

委員等	氏　名	所　　属	役　　職　　名	職　業
委員長	林　晃正	病院/医務局/ 腎臓・高血圧内科	副院長　兼　医務局長 兼　主任部長	医師
副委員長	山田　貴久	病院	副院長	医師
委　員	上野　清伸	呼吸器内科	主任部長	医師
委　員	畑﨑　聖弘	糖尿病内分泌内科	主任部長	医師
委　員	藤原　弘士	免疫リウマチ科	主任部長	医師
委　員	浅井　光俊	心臓内科	主任部長	医師
委　員	石河　純	血液・腫瘍内科	主任部長	医師
委　員	大場　雄一郎	総合内科	主任部長	医師
委　員	坂口　学	脳神経内科	主任部長	医師
委　員	藥師神　崇行	消化器内科	主任部長	医師
委　員	森田　孝	情報企画室	室長（JMECC director）	医師
委　員	野田　智恵子	臨床検査科	技師長	臨床検査技師
委　員	亀井　葉子	看護部	副看護部長	看護師
委　員	早川　恵里佳	事務局	サブリーダー	一般行政
委　員	山本　浩一	連携施設研修実施責任者	大阪大学医学部附属病院	医師
委　員	鷹野　譲	連携施設研修実施責任者	市立東大阪医療センター	医師
委　員	榊原　充	連携施設研修実施責任者	八尾市立病院	医師
委　員	杉浦　寿央	連携施設研修実施責任者	大手前病院	医師
委　員	藤田　雅史	連携施設研修実施責任者	大阪国際がんセンター	医師
委　員	髙橋　務	連携施設研修実施責任者	星ヶ丘医療センター	医師
委　員	森下　裕	連携施設研修実施責任者	大阪はびきの医療センター	医師
委　員	松本　智成	連携施設研修実施責任者	大阪府結核予防会大阪病院	医師
委　員	小杉　智	連携施設研修実施責任者	市立豊中病院	医師
委　員	金子　晃	連携施設研修実施責任者	JCHO 大阪病院	医師
委　員	大島　至郎	連携施設研修実施責任者	大阪南医療センター	医師
委　員	倭　正也	連携施設研修実施責任者	りんくう総合医療センター	医師
委　員	和泉　雅章	連携施設研修実施責任者	関西労災病院	医師
委　員	楢原　啓之	連携施設研修実施責任者	兵庫県立西宮病院	医師
委　員	飯田　正人	連携施設研修実施責任者	川崎病院	医師
委　員	村山　洋子	連携施設研修実施責任者	市立伊丹病院	医師
委　員	赤井　靖宏	連携施設研修実施責任者	奈良県立医科大学附属病院	医師
委　員	金藤　公人	連携施設研修実施責任者	北斗病院	医師
委　員	飯島　英樹	連携施設研修実施責任者	大阪警察病院	医師
委　員	蓑毛　祥次郎	連携施設研修実施責任者	近畿中央呼吸器センター	医師
委　員	矢野　幸洋	連携施設研修実施責任者	大阪刀根山医療センター	医師

委員等	氏 名	所 属	役 職 名	職 業
委 員	柴山 浩彦	連携施設研修実施責任者	国立病院機構大阪医療センター	医師
委 員	小川 弘之	連携施設研修実施責任者	西宮市立中央病院	医師
委 員	前田 光一	連携施設研修実施責任者	奈良県総合医療センター	医師
委 員	古川 裕	連携施設研修実施責任者	神戸市立医療センター中央市民病院	医師
委 員	伊達 基郎	連携施設研修実施責任者	神戸掖済会病院	医師
委 員	髙田康徳	連携施設研修実施責任者	愛媛大学医学部附属病院	医師
委 員	橋本 久二彦	連携施設研修実施責任者	日本生命病院	医師
委 員	木島 貴志	連携施設研修実施責任者	兵庫医科大学病院	医師