新専門医制度　内科領域

一般財団法人住友病院

内科専門研修プログラム



目　次

このプログラムの特徴	Ｐ．３
各年次到達目標	Ｐ．４
週間スケジュール	Ｐ．５
ローテートの選択例	Ｐ．６
内科専門医研修プログラム	Ｐ．７
専門研修施設群	Ｐ.２４
専門研修プログラム管理委員会	Ｐ.３３
専攻医研修マニュアル	Ｐ.３４
指導医マニュアル	Ｐ.４０
各診療科の紹介	Ｐ.４３
一般内科	Ｐ４３
消化器内科	Ｐ４５
循環器内科	Ｐ４８
内分泌代謝内科	Ｐ５０
腎臓・高血圧内科	Ｐ５４
膠原病・リウマチ内科	Ｐ５７
呼吸器内科	Ｐ５８
血液内科	Ｐ６２
脳神経内科	Ｐ６４
感染制御部	Ｐ６７

文中に記載されている資料『専門研修プログラム整備基準』『研修カリキュラム項目表』『研修手帳（疾患群項目表）』『技術・技能評価手帳』は、日本内科学会Webサイトにてご参照ください。

このプログラムの特徴

一般財団法人住友病院の内科専門医研修プログラムの魅力は、複数の大学と関連する先端急性期病院であることです。初期研修が修了する段階で、既に自身の進路を固めている人もいれば、まだ迷いのある人もいるでしょう。内科医として成長するためのGenaralな修練を積みながら、多くの大学の様々な気風に触れることができ、既にある程度進路を決めている場合には、その決意を固めることに役立つ一方で、まだ決めかねている人にとっても広く進路が開かれていることが特徴です。大学院進学から研究的な色彩の強い進路希望にも、また臨床的修練から勤務医、開業医への進路希望にも幅広く対応し、大学にはない自由度を求める研修医にも柔軟な対応のできるプログラムです。

当病院では初期臨床研修医制度がスタートした平成16年から、既に今回新専門医制度で導入されている総合内科教育を基盤にした上で各専門内科の教育を行ってきた実績があります。その結果として、診療各科間の垣根が低く、内科系各科はそれぞれのSubspecialtyの専門医が在籍して高水準であるだけでなく、互いに良い協力関係にあるので、Generalな部分も良い雰囲気でチームワークよく機能しています。こういったチーム医療が背景にあるので、Subspecialtyの扱いもかなり柔軟に対応します。希望専門課程だけに偏ることのない幅広い研修プログラムにしていますが、Genaralな研修の充実の一方で、専攻医の研修進行度と希望によっては、将来の進路として考えているSubspecialty部門に早い時期から関わることができるコースも用意していますので、専門課程への良いスタートが切れることになると確信しています。

別表1　各年次到達目標

	内容	修了要件 症例数	修了要件 疾患群	※5病歴要約 提出数
分野	総合内科I(一般)	計10以上	1※2	2
	総合内科Ⅱ (高齢者)		1※2	
	総合内科Ⅲ (腫瘍)		1※2	
	消化器	10以上	5以上※1※2	3※1
	循環器	10以上	5以上※2	3
	内分泌	3以上	2以上※2	3※4
	代謝	10以上	3以上※2	
	腎臓	10以上	4以上※2	2
	呼吸器	10以上	4以上※2	3
	血液	3以上	2以上※2	2
	神経	10以上	5以上※2	2
	アレルギー	3以上	1以上※2	1
	膠原病	3以上	1以上※2	1
	感染症	8以上	2以上※2	2
	救急	10以上	4※2	2
外科紹介症例				2
剖検症例				1
合計※5		120以上 (外来は最大1割)	56疾患群 (任意選択含む)	29症例 (外来は最大7)※3

※1消化器分野では「疾患群」の経験と「病歴要約」の提出のそれぞれにおいて、「消化管」、「肝臓」、「胆・膵」が含まれること

※2　修了要件に示した分野の合計は41疾患群だが、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外来症例による病歴要約の提出を7例まで認める。(全て異なる疾患群での提出が必要)

※4「内分泌」と「代謝」からはそれぞれ1症例ずつ以上の病歴要約を提出する。例)「内分泌」2例十「代謝」1例、「内分泌」1例十「代謝」2例

※5　内科専門研修プログラム外での経験症例は、120症例のうち最大60症例まで登録可能

別 表 2　住友病院　内科専門研修　週間スケジュール（例）

<table>
<tr><th></th><th>月曜日</th><th>火曜日</th><th>水曜日</th><th>木曜日</th><th>金曜日</th><th>土・日曜日</th></tr>
<tr><td>早朝</td><td></td><td>診療科カンファ
（Subspecialty）〉</td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="6">担当患者の病態に応じた診療／オンコール／日当直／講習会・学会参加など</td></tr>
<tr><td rowspan="2">午前</td><td>入院患者診療</td><td>入院患者診療</td><td>入院患者診療</td><td>入院患者診療</td><td>入院患者診療</td></tr>
<tr><td>内科外来診療
（各診療科）</td><td>救急センター
オンコール</td><td></td><td>内科外来診療
（Subspecialty）</td><td>各診療科
科内検査</td></tr>
<tr><td rowspan="4">午後

夕方</td><td>入院患者診療</td><td rowspan="3">入院患者診療</td><td rowspan="2">院長回診

入院患者診療</td><td rowspan="3">入院患者診療

新入院カンファ</td><td>入院患者診療</td></tr>
<tr><td>病棟回診</td><td rowspan="3">救急センター
セカンドコール
勉強会</td></tr>
<tr><td>G染色
カンファ</td><td rowspan="2">臨床集談会
CPCなど</td></tr>
<tr><td>内科合同
カンファ</td></tr>
<tr><td>夜間</td><td colspan="5">担当患者の病態に応じた診療／オンコール／当直など</td></tr>
</table>

★住友病院内科専門研修プログラム　4. 専門知識・専門技能の習得計画に従い、内科専門研修を実践します。

・上記はあくまでも1例の概略です。
・内科および各診療科（Subspecialty）のバランスにより、担当する業務の曜日、時間帯は調整・変更されます。
・入院患者診療には、内科と各診療科（Subspecialty）などの入院患者の診療を含みます。
・日当直やオンコールなどは、内科全体もしくは各診療科（Subspecialty）の当番として担当します。
・地域参加型カンファレンス、講習会、CPC、学会などは各々の開催日に参加します。

別表3　ローテートの選択例

Aコース：当院が基幹病院の基本形
Bコース：大学病院が基幹病院で当院で主として研修する場合の基本形
Cコース：当院が基幹病院で内内志望者の場合
Dコース：大学病院が基幹病院で主として当院で研修する血内志望者の場合
E コース：当院が基幹病院で腎内志望者の場合、サブスペスペシャルコース
F コース：大学病院が基幹病院で主として当院で研修する循内志望者の場合、
　　サブスペスペシャルコース
※自由選択期間は麻酔科、放射線科等内科系以外の診療科の選択も可能とする
当院が基幹病院の場合、連携病院でローテーとする診療科が決まれば当院でローテート予定の当該診療科の期間を自由選択とすることは可能とする。

後期１年目	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
A	呼吸器内科		血液内科		内分泌代謝内科		消化器内科		脳神経内科		循環器内科	
B	消化器内科			腎臓・高血圧内科			血液内科			呼吸器内科		
C	内分泌代謝内科		呼吸器内科		循環器内科		腎臓・高血圧内科		血液内科		脳神経内科	
D	血液内科		消化器内科		内分泌代謝内科		神経内科		循環器内科		自由選択	
E	腎内	循内	内内	脳内	消内	血内	呼内	自由選択		内科系選択		
F	循内	内内	腎内	血内	脳内	呼内	消内	内科系選択			自由選択	

後期２年目	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
A	連携病院											
B	内分泌代謝内科			脳神経内科			循環器内科			自由選択		
C	連携病院											
D	血液内科			内科系選択		呼吸器内科		腎臓・高血圧内科		血液内科		
E	連携病院											
F	循環器内科											

後期３年目	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
A	腎臓高血圧内科		膠原病内科		自由選択		志望診療科もしくは内科系選択（分割可能）					
B	基幹病院											
C	内分泌代謝内科											
D	基幹病院											
E	腎臓・高血圧内科											
F	基幹病院											

1. 理念・使命・特性

理念【整備基準1】

1）本プログラムは、大阪市の急性期病院である一般財団法人住友病院を基幹施設として、大阪市医療圏・近隣医療圏にある連携施設とともに内科専門研修を経て大阪府及び近隣地域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教育され、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近畿圏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 2 年間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（主に基幹施設 2 年間＋連携施設 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様々な環境下で全人的な内科医療を実践する能力でもあります。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、後進の指導や教育、また研究にも貢献できる完成された全人的な臨床医を育てることを可能とします。

使命【整備基準2】

1）大阪市医療圏に限定せず、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、新しい技術を修得し、標準的な医療を安全に提供し、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、大阪市医療圏の中心的な急性期病院である一般財団法人住友病院を基幹施設として、大阪市及び近隣医療圏とともに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、必要に応じた可塑性のある、地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるようにします。研修期間は基本的には基幹施設2年間＋連携施設1年間の計3年間ですが、専攻医の希望や連携病院との相談で変更や組み合わせ選択を行います。

2）一般財団法人住友病院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（初診から入院～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）基幹施設である一般財団法人住友病院は、大阪市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・病病連携の中核も担っています。一方で、広範囲の対象患者を持つ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との病診連携も経験できます。

4）基幹施設である一般財団法人住友病院での研修で、「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（P. 4別表1　一般財団法人住友病院疾患群症例病歴要約到達目標」参照）。

5）一般財団法人住友病院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年間のうちの約1年間程度、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）基幹施設である一般財団法人住友病院と専門研修施設群（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、160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。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（別表1　一般財団法人住友病院疾患群症例病歴要約到達目標」参照）。

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りますが、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必要があります。
一般財団法人住友病院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、大阪市医療圏に限定せず、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、一般財団法人住友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6名とします。

1)一般財団法人住友病院内科後期研修医は現在3学年併せて18名(3年目4名、4年目5名、5年目2名在籍)で1学年最大11名受け入れの実績があります。3年間のうちの約1年間を連携施設で研修するので現状の1.5倍程度の指導キャパシティがあると考えられます。
2)状況に応じて募集定員の増員は可能ですがシーリングがあります。
3)剖検体数は2023年度7体、2024年度12体、2025年度8体です。

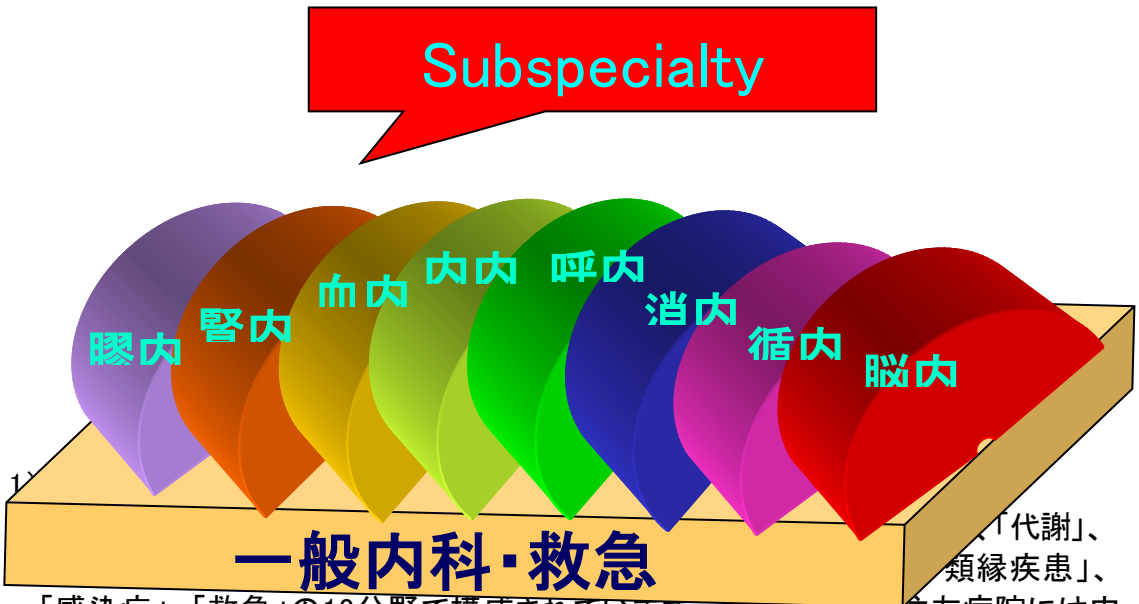
表. 一般財団法人住友病院　診療科別診療実績　内科入院総数5,572人/年

2025年度実績	入院患者実数(人/年)	外来延患者数(延人数/年)	
消化器内科	980	19,964	P45
循環器内科	947	14,687	P48
内分泌代謝内科	484	25,623	P50
腎臓・高血圧内科+腎センター	561	16,803	P54
膠原病・リウマチ内科	276	10,793	P57
呼吸器内科	748	18,551	P58
血液内科	390	6,885	P62
脳神経内科	886	13,497	P64
一般内科	300	1,342	P43

4）膠原病・リウマチ領域は、2016年度から専門医が赴任して診療を拡大したこともあり、外来患者診療を含め、1学年6名に対し十分な症例を経験可能です。他にも入院よりも外来診療が主体となる性質の疾患もありますが、それらは外来診療で十分に経験可能です。
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（P. 25「一般財団法人住友病院内科専門研修施設群」参照
6）1学年6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年のうち1年間研修する連携施設には、高次機能・地域中核病院10施設、高次専門病院1施設、および地域医療型病院3施設、計14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、160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

図1. 一般財団法人住友病院　内科の構造



「代謝」、
類縁疾患」、
「感染症」、「救急」の13分野で構成されています。一般財団法人住友病院には内科系に「消化器内科」、「循環器内科」、「内分泌代謝内科」、「腎臓・高血圧内科」「膠原病・リウマチ内科」、「呼吸器内科」、「血液内科」、「脳神経内科」の8つの専門診療科と、これらが共同で運営する「一般内科」の9つの診療科があり、さらに独立組織として「感染制御部」が存在します。すべての内科医は内科（〇〇内科）のように表示され、一般内科マインドを持った位置付けにあります。住友病院ではこれをカマボコにたとえて、カマボコ板の部分が「一般内科」であり、カマボコの身の部分が各専門診療科という構成で捉えて、上記のすべての分野をカバーしています（図1）。「内科研修カリキュラム項目表」に記載されている、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】[「技術・技能評価手帳」参照]

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】(P. 4別表1「一般財団法人住友病院疾患群症例病歴要約到達目標」参照)

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。

〇専門研修(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、60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専攻医登録評価システム(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。

〇専門研修(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、120症例以上の経験をし、日本内科学会専攻医登録評価システム(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専攻医登録評価システム(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。

〇専門研修(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160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、日本内科学会専攻医登録評価システム(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。

・既に専門研修2年次までに登録を終えた病歴要約は日本内科学会病歴要約評価ボード(仮称)による査読を受けます。査読者の評価を受け、形成的により良いものへ改訂します。但し、改訂に値しない内容の場合はその年度の受理(アクセプト)を一切認められないことに留意します。

・技能:内科領域全般について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を自立して行うことができます。

・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)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。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160症例以上の経験を必要とします。日本内科学会専攻医登録評価システム(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。一般財団法人住友病院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年間としますが、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。

2)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①～⑥参照)。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。

① 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

指して常に研賛します。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。

② 定期的（毎週1回程度）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。

③ 一般内科外来（初診を含む）とSubspecialty診療科外来（初診を含む、循環器内科では研修の一環として循環器救急外来担当・循環器当直ファーストコールなどを含む））を少なくとも週1回、1年以上担当医として経験を積みます。

④ 救急センターで内科領域の救急診療の経験を積みます。

⑤ 当直医として救急疾患などの経験を積みます。

⑥ 必要に応じて、Subspecialty診療科の検査や専門外来を担当します。循環器内科での研修時は循環器救急研修の一環として循環器救急外来ファーストコール・循環器当直ファーストコールなどを担当します。

3）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、以下の方法で研賛します。

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（基幹施設2025年度実績5回） ※内科専攻医は原則として在籍中すべて受講します。

③ CPC（基幹施設2025年度実績9回）

④ 研修施設群合同カンファレンス（2025年度：年2回開催予定）

⑤ 病診連携や病病連携など地域参加型のカンファレンス（基幹施設：中之島地域医療セミナー、臨床集談会、北大阪生活習慣病病診連携をすすめる会、SOKsの会（循環器）、新大阪腎疾患カンファレンス、大阪血液疾患談話会、脳神経内科の集い、大阪肝疾患臨床検討会OLD-CC、呼吸器CRPカンファレンス、なにわ緩和ケアカンファレンス、など；年間60～70回）

⑥JMECC受講（基幹施設：インストラクター1名在籍）
※内科専攻医は必ず専門研修3年間のうちに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

4）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)、B(間接的に経験、実症例をチームとして経験、または症例検討会を適して経験)、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)と分類しています(「研修カリキュラム項目表」参照)。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

5)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】

日本内科学会専攻医登録評価システム(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160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】

一般財団法人住友病院内科専門医研修プログラム全体と各施設のカンファレンスについては、基幹施設である一般財団法人住友病院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。一般財団法人住友病院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、

① 患者から学ぶという姿勢を基本とする。
② 科学的根拠に基づいた診断、治療を行う(EBM)。
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指導します。
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】

一般財団法人住友病院内科専門研修施設群は基幹病院、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。
を通じて、科学的根拠に基づいた思考を全人的に活かせるようにします。
内科専攻医は学会発表あるいは論文発表は筆頭者で2件以上行います。
なお、専攻医が大学院などを希望する場合でも、一般財団法人住友病院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。一般財団法人住友病院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賛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、基幹施設である一般財団法人住友病院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
⑲ 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。一般財団法人住友病院内科専門研修施設群研修施設は大阪市医療圏、近隣医療圏から構成されています。一般財団法人住友病院は、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との病診連携も経験できます。これらを通して、多様で幅広いニーズを抱える個々の患者・住民に対して包括的、継続的な医療を実践することや、特定の健康危険因子を共有する患者集団・住民に対して適切に介入することを経験できます。また、人間ドックや住民講座などを通して、健康増進活動、予防医療まで経験可能です。大都会の施設群ですので僻地医療の経験はできませんが、多くの地域住民に限られた医療資源をいかに有効に高水準で提供できるかということを十分に学ぶことが可能です。さらに、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・地域中核病院である日本生命済生会日本生命病院、独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）大阪病院、田附興風会北野病院、関西電力病院、大阪赤十字病院、松下記念病院、循環器疾患に特化した桜橋渡辺病院、および地域医療型病院である大阪みなと中央病院、健康保険連合会大阪中央病院の計９施設で構成しています。さらに後に国立循環器病研究センター、済生会中津病院、兵庫県立西宮病院、市立伊丹病院、奈良市立病院、近畿大学奈良病院、福井赤十字病院、県立二葉の里病院、愛媛県立中央病院、松山赤十字病院、飯田市立病院、国立長寿医療研究センター、大阪府済生会泉尾病院、りんくう総合医療センター、大阪大学医学部附属病院、JCHO 神戸中央病院の１６施設も加わりました。高次機能・地域中核病院では、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。桜橋渡辺病院では、循環器疾患の第一線における医療機関での診療経験をより深く研修します。地域医療型病院では、地域に根ざした医療、地域包括ケアなどの診療経験も研修します。これらの病院では、かかりつけ医として継続、包括的な診療や在宅医療を経験し、地域住民に対する地域包括医療・ケアも経験します。

一般財団法人住友病院内科専門研修施設群（P. 25）は、大阪市医療圏、近隣医療圏から構成されています。いずれの施設も一般財団法人住友病院か

ら交通機関を利用して、1時間以内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と考えられます。

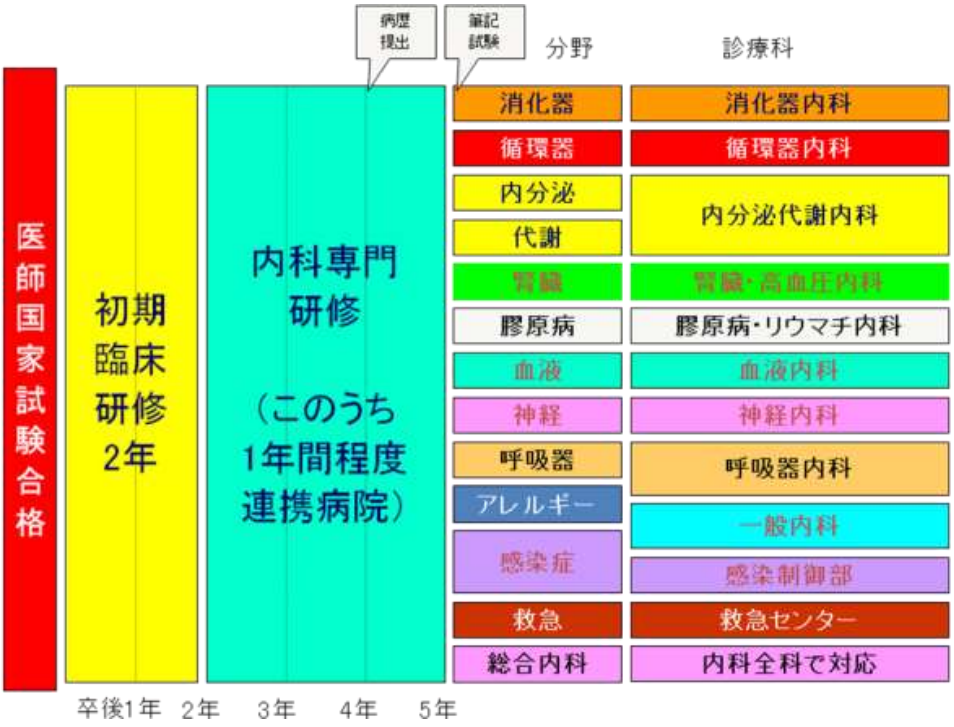
10. 地域医療に関する研修計画【整備基準28, 29】

一般財団法人住友病院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。一般財団法人住友病院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との病診連携も経験できます。

11. 内科専攻医研修（モデル）【整備基準16】

基幹施設である一般財団法人住友病院内科で2年間の専門研修を行います。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、専門研修（専攻医）3年のうちの約1年程度の研修施設を調整し決定します。専門研修（専攻医）のうちのいずれかの期間、連携施設で研修をします（どの年であるかは、個々人により異なります）（図2）。なお、希望によってはSubspecialty研修も可能です（個々人により異なります）。

図2. 一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム（概念図）



12. 専攻医の評価時期と方法【整備基準17, 19～22】

（1）一般財団法人住友病院臨床研修センターの役割

・一般財団法人住友病院内科専門研修管理委員会の事務局

・一般財団法人住友病院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専攻医登録評価システム(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(2回程度、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専攻医登録評価システム(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。

・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(2回程度、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、スタッフ看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、放射線技師、臨床工学士、事務員などの多職種から、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、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、日本内科学会専攻医登録評価システム(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専攻医登録評価システム(J-OSLER)を通じて集計され、担当指導医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)が一般財団法人住友病院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にて日本内科学会専攻医登録評価システム(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、60症例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、120症例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、160症例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、研修手帳Web版での専攻医による症例登録の評価や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、日本内科学会専攻医登録評価システム(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一般財団法人住友病院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、日本内科学会専攻医登録評価システム(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専攻医登録評価システム(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160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、登録済み(P. 4別表1「一般財団法人住友病院疾患群症例病歴要約到達目標」参照)。

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)日本内科学会専攻医登録評価システム(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

2)一般財団法人住友病院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か月前に一般財団法人住友病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。

(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、日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)を用います。なお「一般財団法人住友病院内科専攻医研修マニュアル」【整備基準44】(P. 33)と「一般財団法人住友病院内科専門研修指導者マニュアル」【整備基準45】(P. 39)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】

(P. 32「一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム管理委員会」参照)

1)一般財団法人住友病院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(副院長)、事務局代表者、内科Subspecialty分野の研修指導責任者(各診療科科長)、JMECCインストラクター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ます(P. 32一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム管理委員会参照)。一般財団法人住友病院内科専門研修管理委員会の事務局を、一般財団法人住友病院臨床研修センターにおきます。

ii) 一般財団法人住友病院内科専門研修施設群は、基幹施設、連携施設ともに内科専門研修委員会を設置します。連携施設の委員長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2回開催する一般財団法人住友病院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、一般財団法人住友病院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」（仮称）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、日本内科学会専攻医登録評価システム（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。一般財団法人住友病院あるい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（P. 25「一般財団法人住友病院内科専門研修施設群」参照）。

基幹施設である一般財団法人住友病院の整備状況：

・研修に必要な図書室とインターネット環境があります。
・一般財団法人住友病院医師として労務環境が保障されています。
・メンタルストレスに適切に対処する部署があります。
・ハラスメント委員会が整備されています。
・女性専攻医が安心して勤務できるように、休憩室、更衣室、仮眠室、シャワー室、当直室などが整備されています。
・敷地内に院内保育所があり、利用可能です。

専門研修施設群の各研修施設の状況については、P. 25「一般財団法人住友病院内科専門施設群」を参照。また、総括的評価を行う際、専攻医および指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム管理委員会に報告されるが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれ、適切に改善を図ります。

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

日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて無記名式逆評価を行います。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、一般財団法人住友病院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、一般財団法人住友病院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専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて、専攻医の逆評価、専攻医の研修状況を把握します。把握した事項については、一般

財団法人住友病院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、一般財団法人住友病院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専攻医登録評価システム(J-OSLER)を用いて専攻医の研修状況を定期的にモニタし、一般財団法人住友病院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一般財団法人住友病院内科専門研修プログラムを評価します。
・担当指導医、各施設の研修委員会、一般財団法人住友病院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専攻医登録評価システム(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

一般財団法人住友病院臨床研修センターと一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム管理委員会は、一般財団法人住友病院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一般財団法人住友病院内科専門研修プログラムの改良を行います。一般財団法人住友病院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、9月30日までに一般財団法人住友病院臨床研修センターのwebsiteの一般財団法人住友病院医師募集要項(一般財団法人住友病院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、一般財団法人住友病院院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)一般財団法人住友病院臨床研修センター

e-mail：jinji-tantou@sumitomo-hp.or.jp
HP：http//www.sumitomo-hp.or.jp

一般財団法人住友病院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専攻医登録評価システム（J-OSLER）にて登録を行います。

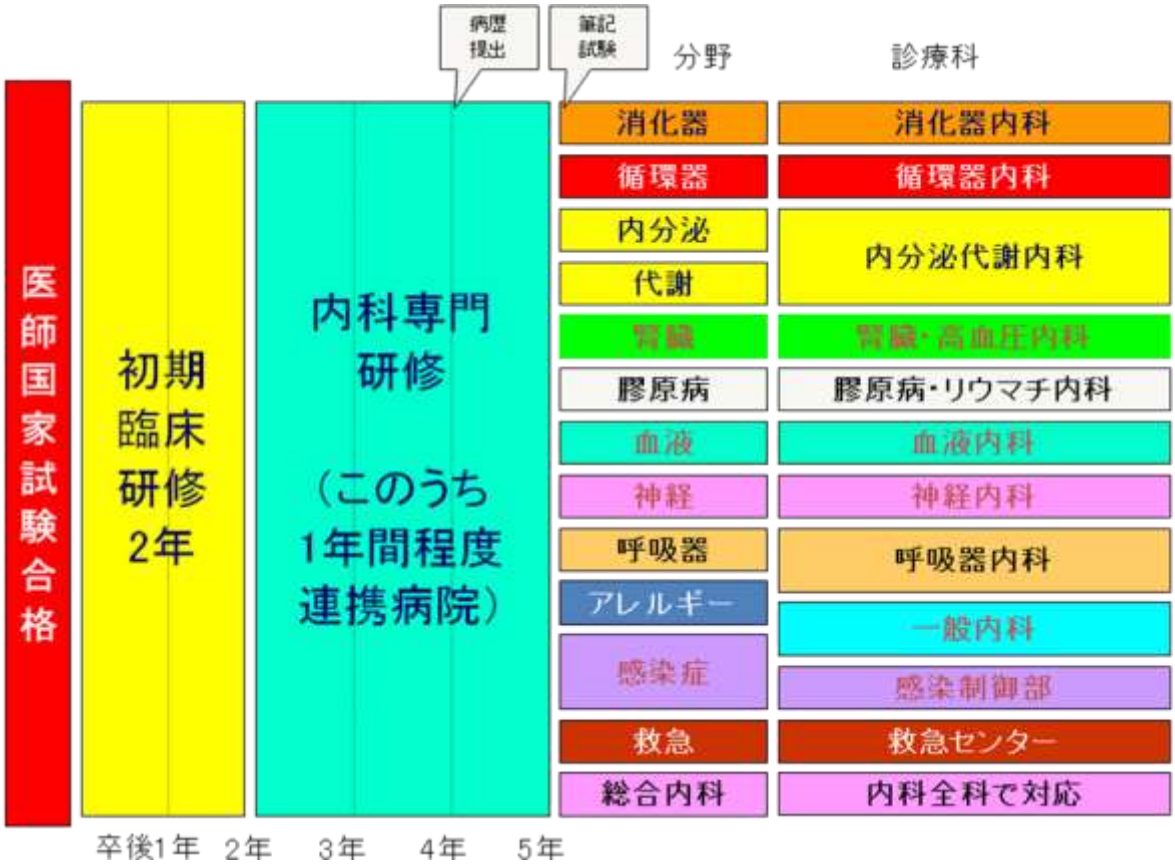
18. 内科専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件【整備基準33】

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専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて一般財団法人住友病院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、一般財団法人住友病院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一般財団法人住友病院内科専門研修プログラムへの移動の場合も同様です。プログラムの移動の場合は、地域性も考慮して決定します。他の領域から一般財団法人住友病院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、さらに一般財団法人住友病院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、日本内科学会専攻医登録評価システム（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ケ月以内であれば、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。留学期間は、原則として研修期間として認めません。

一般財団法人住友病院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＋連携施設1年間）

図2. 一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム（概念図）



一般財団法人住友病院内科専門研修施設群研修施設

表1. 各研修施設の概要

	病院	病床数	内科系診療科数	内科指導医数	総合内科専門医数	内科剖件数
基幹施設	住友病院	496	9	32	31	8
連携施設	日本生命済生会日生病院	350	7	14	17	7
連携施設	地域医療機能推進機構（JCHO）大阪病院	565	4	28	14	12
連携施設	田附興風会北野病院	699	9	36	20	11
連携施設	関西電力病院	400	10	24	21	4
連携施設	大阪赤十字病院	1000	9	35	13	13
連携施設	松下記念病院	323	7	23	19	6
連携施設	桜橋渡辺病院	171	3	9	3	0
連携施設	大阪みなと中央病院	275	5	5	2	4

連携施設	大阪中央病院	143	3	6	1	0
連携施設	済生会中津病院	712	10	34	19	11
連携施設	兵庫県立西宮病院	400	10	25	16	3
連携施設	市立伊丹病院	414	10	19	22	7
連携施設	国立循環器病研究センター	550	10	72	50	26
連携施設	市立奈良病院	350	11	23	19	3
連携施設	近畿大学奈良病院	510	9	15	13	9
連携施設	福井赤十字病院	529	10	26	20	7
連携施設	県立二葉の里病院	269	4	12	7	1
連携施設	愛媛県立中央病院	827	9	35	34	7
連携施設	松山赤十字病院	585	11	28	32	8
連携施設	飯田市立病院	407	7	9	8	2
連携施設	国立長寿医療研究センター	383	7	27	21	0
連携施設	大阪府済生会泉尾病院	440	8	9	8	4
連携施設	りんくう総合医療センター	388	9	12	15	10
連携施設	大阪大学医学部附属病院	1086	9	135	135	13
連携施設	神戸中央病院	389	8	9	14	11
研修施設合計		13,229	−	504	327	177

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	一般内科	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
住友病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
日本生命病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
JCHO大阪病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
北野病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	△	○
関西電力病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大阪赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
松下記念病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

桜橋渡辺病院	△	○	○	×	○	○	○	△	△	△	×	○	○
大阪みなと中央病院	△	○	○	△	○	△	○	×	△	○	×	○	○
大阪中央病院	△	○	○	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×
済生会中津病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
兵庫県立西宮病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
市立伊丹病院	○	○	○	○	○	△	○	○	△	○	○	○	○
国立循環器病研究センター	×	×	○	○	○	○	×	×	○	×	×	×	×
市立奈良病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
近畿大学奈良病院	△	○	○	△	○	○	○	○	×	○	○	△	○
福井赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
県立二葉の里病院	○	○	○	△	△	○	○	×	△	○	○	○	○
愛媛県立中央病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
松山赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
飯田市立病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
国立長寿医療研究センター	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	△
大阪府済生会泉尾病院	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	△	○
りんくう総合医療センター	○	○	○	○	○	○	△	○	△	△	△	○	○
大阪大学医学部附属病院	△	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	△	△
神戸中央病院	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	△	○	○

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。（○：研修できる，△：時に経験できる，×：ほとんど経験できない〉

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。一般財団法人住友病院内科専門研修施設群研修施設は上記の医療機関から構成されています。一般財団法人住友病院は、大阪市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、慢性期医療および意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・地域中核病院である日本生命済生会日本生命病院、独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）大阪病院、田附興風会北野病院、関西電力病院、大阪赤十字病院、松下記念病院、循環器疾患に特化した桜橋渡辺病院、および地域医療型病院である大阪みなと中央病院、健康保険連合会大阪中央病院の計9

施設で構成しています。さらに後に国立循環器病研究センター、済生会中津病院、兵庫県立西宮病院、市立伊丹病院、市立奈良病院、近畿大学奈良病院、福井赤十字病院、県立二葉の里病院、愛媛県立中央病院、松山赤十字病院、飯田市立病院、国立長寿医療研究センター、大阪府済生会泉尾病院、りんくう総合医療センター、大阪大学医学部附属病院、JCHO神戸中央病院の16施設も加わりました。

高次機能・地域中核病院では、高度な急性期医療、より専門的な内科診療、希少疾意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。桜橋渡辺病院では、循環器疾患の第一線における医療機関での診療経験をより深く研修します。地域医療型病院では、地域に根ざした医療、地域包括ケアなどの診療経験も研修します。

専門研修施設(連携施設・特別連携施設)の選択

・研修を開始する時点、あるいは専攻医1年目までに専攻医の希望・将来像、研修達成度およびメディカルスタッフによる内科専門研修評価などを基に研修施設を調整し決定します。

・専攻医3年間のうちの約1年間程度、連携施設で研修をします(図2)。なお、希望によってはSubspecialty研修も可能です(個々人により異なります)。

専門研修施設群の地理的範囲【整備基準26】

大阪市医療圏と近隣医療圏にある施設から構成しています。いずれの施設も一般財団法人住友病院から電車などを利用し1時間以内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。

1）専門研修基幹施設

一般財団法人　住友病院

認定基準 【整備基準23】 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。 ・専攻医各個人に1つずつ座席とロッカーが与えられます。 ・研修に必要なインターネット環境があります。各個人にそれぞれ1台のPC端末が貸与され常に電子カルテにアクセス可能です。カルテからの情報収集やカルテ記載のために順番待ちをするということはありません。 ・また図書室は24時間使用可能です。100種以上の英文ジャーナルを定期購読しており、専任の司書が存在するので文献検索も容易です。 ・一般財団法人住友病院常勤医師として労務環境が保障されています。 ・院内のレストランは昼食、夕食に利用可能で、病院からの補助があるので1食350～400円程度で質、量ともに満足できます。 ・メンタルストレスに適切に対処する部署があります。 ・ハラスメント委員会が整備されています。 ・女性専攻医が安心して勤務できるように、休憩室、更衣室、仮眠室、シャワー室、当直室が整備されています。 ・敷地内に院内保育所があり利用可能です。
認定基準 【整備基準23】 2）専門研修プログラムの環境	・指導医は32名在籍しています（別紙）。 ・内科専門研修プログラム管理委員会（統括責任者・副院長）、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。 ・基幹施設内において研修する専攻医の研修を管理する内科専門研修委員会と臨床研修センターを設置しています。 ・医療倫理・医療安全・感染対策講習会を定期的に開催（2025年度実績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9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。 ・病診連携や病病連携など地域参加型のカンファレンス（基幹施設：中之島地域医療セミナー、臨床集談会、北大阪生活習慣病病診連携をすすめる会、SOKsの会（循環器）、新大阪腎疾患カンファレンス、大阪血液疾患談話会、神経内科の集い、大阪肝疾患臨床検討会OLD-CC、呼吸器CRPカンファレンス、なにわ緩和ケアカンファレンス、など；年間60～70回）を定期的に開催し、ローテート中の専攻医に受講を勧め、そのための時間的余裕を与えます。

	・プログラムに所属する全専攻医にJMECC受講（院内開催）を義務付け、そのための時間的余裕を与えます。 ・日本専門医機構による施設実地調査に臨床研修センターが対応します。
認定基準 【整備基準23／31】 3）診療経験の環境	・カリキュラムに示す内科領域13分野のうち全分野で定常的に専門研修が可能な症例数を診療しています（上記）。 ・70疾患群のうちほぼ全疾患群（少なくとも35以上の疾患群）について研修できます（上記）。 ・専門研修に必要な剖検（2023年度実績7体、2024年度12体、2025年度8体）を行っています。
認定基準 【整備基準23】 4）学術活動の環境	・臨床研究に必要な図書室、医学写真室などを整備しています。 ・倫理委員会を設置し、定期的に開催（2025年度実績5回）しています。 ・治験管理室を設置し、定期的に受託研究審査会を開催（2025年度実績5回）しています。 ・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（2024年度実績9演題、2025年度10演題）をしています。 ・専攻医が学会に参加・発表する機会が多くあり、和文・英文論文の筆頭著者としての執筆も定期的に行われています。在籍中に筆頭著者として英文論文を複数発表した専攻医も過去に何人もいます。
指導責任者	山本　浩司 【内科専攻医へのメッセージ】 当院は大阪医療圏の中心的な急性期病院の一つであり、近隣医療圏にある多くの連携施設と併せて内科専門研修を行っています。 急性期から慢性期まで、また、common diseaseから専門性の高い疾患の高度医療に至るまで、できる限り多くの症例を主担当医として経験し幅広い知識・技術を習得して頂くとともに、患者の社会的背景の把握、療養環境調整など全人的な医療を実践でき、地域医療にも貢献できる内科専門医の養成を目標としています。 診療科・出身医局・職種間の垣根が低く、連携・協力関係が極めて良好であるという当院の特色を生かして研修に邁進して頂きたいと思います。
指導医数 （常勤医）	日本内科学会指導医 32 名，日本内科学会総合内科専門医 31 名 日本血液学会血液専門医 4 名、日本内分泌学会専門医 5 名、 日本糖尿病学会専門医 7 名、日本腎臓学会専門医 7 名、 日本高血圧学会専門医 4 名、日本透析医学会専門医 4 名、 日本リウマチ学会専門医 4 名、日本循環器学会循環器専門医 8 名、 日本心血管ｲﾝﾀｰﾍﾞﾝｼｮﾝ治療学会専門医 2 名、 日本呼吸器学会呼吸器専門医4名、日本消化器病学会消化器専門医 11 名、 日本消化器内視鏡学会消化器内視鏡専門医 10 名、 日本消化管学会胃腸科専門医 1 名、日本大腸肛門病学会専門医 2 名、 日本肝臓学会専門医 2 名、日本超音波医学会専門医 3 名、 日本神経学会神経内科専門医 6 名、日本臨床神経生理学会専門医 2 名、

	日本脳卒中学会専門医 4 名、日本脳神経血管内治療学会専門医 1 名、 日本老年医学会専門医 4 名、日本老年精神医学会専門医 1 名、 日本精神神経学会精神科専門医 1 名、日本認知症学会専門医 2 名、 日本小児科学会専門医 3 名、日本小児神経学会専門医 1 名、 日本アレルギー学会専門医 1 名、日本人類遺伝学会専門医 1 名、 日本救急医学会救急科専門医2名、ほか
外来・入院患者数	外来患者1,217名（1日平均） 入院患者323名（1日平均）
経験できる疾患群	きわめて稀な疾患を除いて、研修手帳（疾患群項目表）にある13領域、70疾患群の症例を幅広く経験することができます。
経験できる技術・技能	技術・技能評価手帳にある内科専門医に必要な技術・技能を、実際の症例に基づきながら幅広く経験することができます。
経験できる地域医療・診療連携	急性期医療だけでなく、超高齢社会に対応した地域に根ざした医療、病診・病病連携なども経験できます。
学会認定施設（内科系）	日本内科学会認定医制度教育病院 日本消化器病学会認定施設 日本循環器学会認定循環器専門医研修施設 日本呼吸器学会認定医制度認定施設 日本血液学会認定医研修施設 日本糖尿病学会認定教育施設 日本内分泌学会認定教育施設 日本腎臓学会認定研修施設 日本透析医学会認定施設 日本神経学会認定医研修施設 日本老年医学会専門医制度認定施設 日本リウマチ学会教育施設 日本肥満学会認定肥満症専門施設 日本肝臓学会認定施設 日本臨床腫瘍学会認定研修施設 日本消化器内視鏡学会認定指導施設 日本がん治療認定医機構認定研修施設 日本アレルギー学会認定教育施設 日本高血圧学会高血圧研修施設 日本超音波医学界認定超音波専門医制度研修施設 日本心血管インターベンション治療学会研修施設 日本認知症学会認定専門医教育施設 など

2）専門研修連携施設

各種環境整備の一覧表【整備基準24】

	住友病院	日本生命	JCHO大阪	北野	関西電力	大阪赤十字	松下記念	桜橋渡辺	みなと中央	大阪中央
臨床研修センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
インターネット環境	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
電子カルテ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
図書室	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
自習室	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
院内食堂	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ﾒﾝﾀﾙｽﾄﾚｽ対策	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ﾊﾗｽﾒﾝﾄ委員会	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
女性専攻医のための環境整備	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
院内保育所	○	○	○	○	×	○	○	×	×	×
医療倫理講習会	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○
医療安全講習会	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
感染対策講習会	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
倫理委員会	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
CPC	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×
施設群合同ｶﾝﾌｧ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
病診連携、病病連携研究会	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
JMECC＊	○	○	△	○	△	○	○	×	×	×
学会論文発表の指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

＊JMECC　○開催経験有、△開催に向けて準備中、×現時点で予定なし

各種学会認定一覧表（認定施設、認定教育施設等）

※△・・・関連施設又は准教育施設

	住友病院	日本生命	JCHO大阪	北野	関西電力	大阪赤十字	松下記念	桜橋渡辺	みなと中央	大阪中央
日本内科学会認定医制度教育病院	○	○	○	○	○	○	○	×	△	×
日本消化器病学会	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
日本循環器学会	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△
日本呼吸器学会	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×
日本血液学会	○	○	×	○	○	○	○	×	×	×
日本糖尿病学会	○	○	○	○	○	○	○	×	×	○
日本内分泌学会	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×
日本腎臓学会	○	×	○	○	○	○	○	×	○	○
日本透析医学会	○	×	○	○	○	△	○	×	△	×
日本神経学会	○	△	△	○	○	○	△	×	×	×
日本老年医学会	○	×	×	○	×	○	○	×	×	×
日本救急医学会	×	×	○	○	○	○	×	×	×	×
日本肥満学会	○	×	×	×	○	×	×	×	×	×
日本肝臓学会	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×
日本臨床腫瘍学会	○	○	×	○	○	○	○	×	×	×
日本消化器内視鏡学会	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○
日本がん治療認定医機構	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×
日本アレルギー学会	○	○	×	○	×	○	×	×	×	×
日本高血圧学会	○	○	○	○	×	○	×	×	○	×
日本超音波医学会	○	○	○	×	○	○	×	○	○	○
日本心血管ｲﾝﾀｰﾍﾞﾝｼｮﾝ治療学会	○	△	△	○	△	○	×	○	×	×
日本認知症学会	○	×	×	○	×	○	×	×	×	×
日本リウマチ学会	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×

一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム管理委員会

（令和8年4月現在）

一般財団法人住友病院

山本　浩司　（プログラム統括責任者、内分泌代謝内科分野責任者、副院長）
阪口　勝彦　（委員長、腎臓・高血圧内科分野責任者、特任院長補佐）
西岡　亜紀　（膠原病分野責任者）
和泉　匡洋　（循環器内科分野責任者）
井倉　技　（消化器内科分野責任者）
柴田　益成　（脳神経内科分野責任者）
菅原　浩之　（血液内科分野責任者）
重松　三知夫（呼吸器内科分野責任者）
角田　慎一郎（感染症分野責任者）
宮脇　昌美　（JMECCインストラクター）
加藤　学　（事務局代表、臨床研修センター事務担当）

連携施設担当委員

日本生命済生会日本生命病院　橋本　久仁彦
独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）大阪病院　金子　晃
田附興風会北野病院　北野　俊行
関西電力病院　濱野　利明
大阪赤十字病院　武呂　誠司
松下記念病院　神谷　匡昭
桜橋渡辺病院　岩倉　克臣
大阪みなと中央病院　辻　晋吾
大阪中央病院　山本　光成
済生会中津病院　山村　亮介
兵庫県立西宮病院　楢原　啓之
市立伊丹病院　筒井秀作
国立循環器病研究センター　猪原　匡史
市立奈良病院　髙橋　信行
近畿大学奈良病院　花本　仁
福井赤十字病院　高野　誠一郎
県立二葉の里病院　寺川　宏樹
愛媛県立中央病院　二宮　朋之
松山赤十字病院　藤﨑　智明

オブザーバー

内科専攻医代表1　5年目代表
内科専攻医代表2　4年目代表
内科専攻医代表3　3年目代表

整備基準44に対応

一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム
専攻医研修マニュアル

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

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、

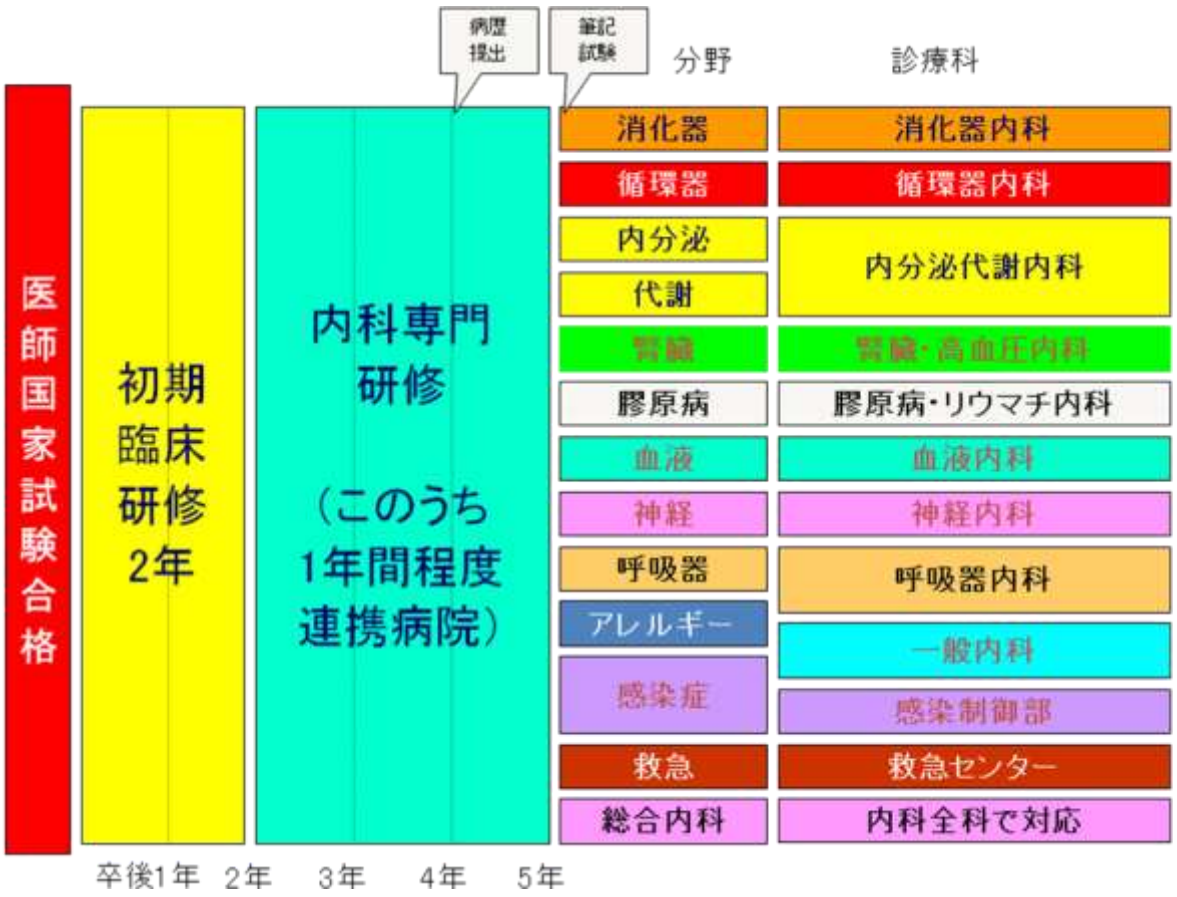
① 地域医療における内科領域の診療医（かかりつけ医）
② 内科系救急医療の専門医
③ 病院での総合内科（Generality）の専門医
④ 総合内科的視点を持ったSubspecialist

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。一般財団法人住友病院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育成と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、大阪市医療圏に限定せず，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。一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム終了後には、一般財団法人住友病院内科施設群専門研修施設群（下記）だけでなく、専攻医の希望に応じた医療機関で常勤内科医師として勤務する、または希望する大学院などで研究者として働くことも可能です。

2）専門研修の期日

基幹施設である一般財団法人住友病院内科で、2年間の専門研修を行います。3年間のいずれかの期間は下記の連携病院で研修を行います。

図 2.　一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム（概念図）



3）研修施設群の各施設名（P. 25「一般財団法人住友病院研修施設群」参照）
基幹施設：　一般財団法人住友病院
連携施設：（P. 25「一般財団法人住友病院研修施設群」参照）

4）プログラムに関わる委員会と委員，および指導医名
一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム管理委員会と委員名（P. 33「一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム管理委員会」参照）
指導医師名（別紙）

5）各施設での研修内容と期間
研修を開始する時点、あるいは専攻医1年目までに専攻医の希望・将来像、研修達成度などを参考に、専門研修（専攻医）連携先の研修施設を調整し決定します。専門研修（専攻医）のうちの1年間程度、連携施設で研修をします（図1）。

6）本整備基準とカリキュラムに示す疾患群のうち主要疾患の年間診療件数
基幹施設である一般財団法人住友病院診療科別診療実績を以下の表に示します。一般財団法人住友病院は地域基幹病院であり、コモンディジーズを中心に診療しています。

2025年度実績	入院患者実数（人／年）	外来延患者数（延人数／年）	
消化器内科	980	19,964	P45
循環器内科	947	14,687	P48
内分泌代謝内科	484	25,623	P50
腎臓・高血圧内科+腎センター	561	16,803	P54
膠原病・リウマチ内科	276	10,793	P57
呼吸器内科	748	18,551	P58
血液内科	390	6,885	P62
脳神経内科	886	13,497	P64
一般内科	300	1,342	P43

＊膠原病・リウマチ領域は、2016年度から専門医が赴任して診療を拡大したこともあり、外来患者診療を含め、1学年6名に対し十分な症例を経験可能です。他にも入院よりも外来診療が主体となる性質の疾患もありますが、それらは外来診療で十分に経験可能です。

＊13領域の専門医が少なくとも1名以上在籍しています（P. 25「一般財団法人住友病院内科専門研修施設群」参照 ）。

＊ 剖検体数は2023年度7体、2024年度12体、2025年度8体です。

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

Subspecialty領域に拘泥せず、内科として入院患者を順次主担当医として担当します。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、一人一人の意者の全身状態、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。

入院患者担当の目安（基幹施設：一般財団法人住友病院での一例）

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10～15名程度を受持ちます。感染症、救急、総合内科分野は、適宜、領域横断的に受持ちます。

例）	専攻医1年目	専攻医2年目
4-6月	循環器	消化器
7-9月	内分泌・代謝	血液
10-12月	呼吸器	神経
1-3月	腎臓・膠原病	希望診療科

＊たとえば1年目の6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。7月には退院していない循環器領域の患者とともに内分泌・代謝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意者を分け隔てなく、主担当医として診療します。

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の時期

毎年2回自己評価と指導医評価ならびに360度評価を行います。必要に応じて臨時に行うことがあります。評価終了後1か月以内に担当指導医からのフィードバックを受け、その後の改善を期して最善をつくします。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からのフィードバックを受け、さらに改善するように最善をつくします。

9)プログラム修了の基準

① 日本内科学会専攻医登録評価システム(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専攻医登録評価システム(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160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、，登録済みです(P. 4別表1「一般財団法人住友病院疾患群症例病歴要約到達目標」参照」。

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)日本内科学会専攻医登録評価システム(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一般財団法人住友病院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か月前に一般財団法人住友病院内科専門医研修プログラム管理委員会で合議の上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。

10)専門医申請に向けての手順

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)一般財団法人住友病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。

11)プログラムにおける待遇、ならびに各施設における待遇
在籍する研修施設での待遇については、各研修施設での待遇基準に従う（P. 25「一般財団法人住友病院研修施設群」参照）。

12)プログラムの特色
① 本プログラムは，大阪市医療圏の中心的な急性期病院である一般財団法人住友病院を基幹施設として、近隣医療圏にある連携施設と併せて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、必要に応じた可塑性のある、地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練されます。研修期間は基幹施設2年間程度＋連携施設1年間程度の計3年間です。
② 一般財団法人住友病院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 基幹施設である一般財団法人住友病院は、大阪市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。
④ 基幹施設である一般財団法人住友病院または連携病院も併せた最初の研修2年間で、「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（P. 4別表1「一般財団法人住友病院疾患群症例病歴要約到達目標」参照）。
⑤ 一般財団法人住友病院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、専門研修期間中の1年間程度、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 基幹施設である一般財団法人住友病院での2年間と専門研修施設群での1年間（専攻医3年修了時）で、「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた70疾患群、200症例以上の主担当医としての診療経験を目標とします（別表1「一般財団法人住友病院疾患群症例病歴要約到達

目標」参照）。少なくとも通算で56疾患群、160症例以上を主担当医として経験し、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録します。

13）継続したSubspecialty領域の研修の可否

・カリキュラムの知識、技術・技能を深めるために、一般内科外来（初診を含む）、Subspecialty診療科外来（初診を含む）、Subspecialty診療科の検査を担当します。結果として、Subspecialty領域の研修につながることはあります。

・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。具体的には他科ローテート中にも、該当科の研修に差し支えない範囲で1～2単位程度のSubspecialty領域の研修を平行して行うことを認めます。

14）逆評価の方法とプログラム改良姿勢

専攻医は日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて無記名式逆評価を行います。逆評価は毎年2回行います。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、集計結果に基づき、一般財団法人住友病院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。

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日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とします。

16）その他

特になし。

整備基準45に対応

一般財団法人住友病院内科専門研修プログラム
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人が一般財団法人住友病院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にて日本内科学会専攻医登録評価システム（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）専門研修の期間

・年次到達目標は、P. 4別表1「一般財団法人住友病院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」について」に示す通りです。
・担当指導医は、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、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、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、臨床研修センターと協働して、毎年2回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）専門研修の期間

・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）日本内科学会専攻医登録評価システム（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（J-OSLER）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、日本内科学会専攻医登録評価システム（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専攻医登録評価システム（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専攻医登録評価システム（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、一般財団法人住友病院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、臨時で、日本内科学会専攻医登録評価システム（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、その結果を基に一般財団法人住友病院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移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

一般財団法人住友病院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、日本内科学会専攻医登録評価システム（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」（仮称）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は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。

【各専門科の研修カリキュラム】

後期研修カリキュラム（卒後 3 年目～5 年目）

1　一般内科

【研修の目標】

一般内科では内科医としての共通の基本的な考え方、姿勢、そして基本的診療方法を修得することを目標とする。このため、志望する専門科にかかわらず、内科医であれば対応すべき病態（発熱、腰痛、腹痛、頭痛、全身倦怠感など）、疾患（誤嚥性肺炎、骨粗鬆症、種々のウィルス感染症など）、治療（食事療法、輸液など）に適切に対処できることも目標の一つである。それらを通じ最終的な目標は、医の倫理、患者の権利、社会的背景などをも総合的に考慮した全人的診療を修得することである。

【研修の方法】

卒後 3 年目～5 年目までの 3 年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」の総合内科 I（一般）、総合内科 II（高齢者）、総合内科 III（腫瘍）、救急について研修する。基本的には、①具体的症例を提示した座学、②入院患者においては主担当医として研修（上席医が指導）、③外来診療が主になる疾患に対しては、外来で主担当として経験（上席医が指導）、④救急においては上席医とともにその指示のもと救急対応を行う。

【具体的な研修項目】

●総合内科I（一般）

主に、具体例を提示した座学、主担当患者での実際という両面で学ぶ。

I.　医の倫理、患者の人権、患者-医師関係

すでに初期研修時に修得している内容であるが、あらためて座学にて学ぶ。初期研修時の疑問点などについて議論しながら、考えを深める。

II.　社会と医療

一部については初期研修時に修得している場合もあるが、あらためて座学形式で修得する。特に、「4.診療情報と諸証明書」については具体例を通じて、適切な作成法を修得する。

III.　医療における安全性確保

医療者としての安全確保の考え方を座学を通じて学ぶ。さらに災害医療の考え方についても学ぶ。

IV.　プロフェッショナリズムと生涯学習

医師は高い倫理観を有する技術者である。それを維持するには生涯学習

が必須であることを具体例を通じて座学で学ぶ。

V. 基本的診療技能

初期研修時にある程度は修得している技能であるが、症例を通じより広く深い知識を修得する。画像検査では、放射線医師の指導や検査技師の手助けを得ながら、読影、超音波検査の実施も行う。

VI. 主要症候、VII. 主要疾患・症候群、VIII. 治療の基礎

内科疾患の主な症候、主要疾患・症候群、治療の基礎については、入院主担当症例のみならず外来での症例を通じて知識、診療技術を修得する。

IX. 死と終末期ケア

研修期間中にこの問題に直面する入院患者を主担当し、その実際を通じて修得する。

X. チーム医療と地域医療

日々の診療がチーム医療そのものであり、また地域医療そのものでもある。主担当患者を通じ機会を得て、このことに気付き自ら考える。

XI. 生活習慣

主に内分泌代謝内科での研修時に、実際に具体的に患者指導を行いながら、その大きな意義を再確認する。

XII. 心理・社会的側面での配慮

全ての科の日々の診療のなかで絶えず考える習慣を学ぶ。

XIII. 災害医療

座学を通じ、災害医療の重要性を再確認し、いつも災害医療を考える習慣を修得する。

●総合内科II（高齢者）

I. 知識

座学で知り、主担当患者の診療を通じ身につける。

II. 専門的身体診療、

高齢者総合機能評価については、高齢者の入院時には実際に行う。

III. 専門的検査および

IV. 治療

認知機能検査についてはその必要時には自ら行う。転倒防止、誤嚥防止、運動指導などは入院主担当患者の診療を通じてその実際と諸事情による困難さを含め修得する。

V. 疾患

高齢者の慢性疾患、低栄養、誤嚥性肺炎、転倒、廃用症候群、在宅患者、終末期診療などは高齢者診療にとって頻度の非常に高いものであり、救

急患者の診療、入院での主担当患者の診療を通じて広く深く修得する。個々の症例に応じて異なる対応が必要になることなどその実際を指導医のもとに学ぶ。

●総合内科III（腫瘍）

I.　知識、II.診断

座学をきっかけに自習にて修得する。

III.　治療

主に、血液内科、呼吸器内科、消化器内科での入院主担当患者の診療を通じ、指導医のもと修得する。

早朝					
午前	（外来）*		（外来）*		
午後			院長回診		
夕方	グラム染色カンファレンス 内科合同カンファレンス		臨床集談会（第 3 週）、CPC(第 4 週)		

2.　消化器内科

【研修の目標】

消化器内科は、肝・胆・膵などの実質臓器から、食道・胃・十二指腸・小腸・大腸といった管腔臓器に至るまで、消化器全般を扱う診療科である。後期研修期間においては、これら臓器に引き起こされる多彩な疾患に対する病態生理を理解するとともに、診断の根拠となる US や CT・MRI などの画像の読影および消化器内視鏡による診断も学ぶことになる。その上で的確な診断と治療方針の決定を下すことが目標である。消化器疾患には急性腹症や吐下血などの緊急を要する疾患も多く、適切な救急対応を身につけることも研修の目標となる。一方で消化器癌など終末期の患者も多く、患者の精神面などを考慮した医療も習得せねばならない。

【研修の方法】

卒後 3 年目～5 年目までの 3 年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」のうち消化器内科が担当する領域をすべてカバーする。担当医として入院患者の診断・治療に携わり、専門医が指導する。特に悪性疾患に関しては、消化器外科や放射線科との協力は不可欠であり、複数の診療科にまたがった診療体制を構築していくことになる。外来診療が主になる疾患に対しては、外来で主担当を経験できるように配慮する。消化器内科を志望する研修医には、消化器内視鏡の訓練をする機会を与える。稀な疾患や診断が困難であった症例などでは学会発表を積極的に行っており、剖検の承諾が得られた症例においては院内 CPC などで検討会を行っている。

【具体的な研修項目】

1.食道・胃・十二指腸疾患

外来での上部内視鏡で診断されることがほとんどである。腫瘍性疾患、特に悪性疾患の場合、手術適応があれば外科にコンサルトするが、早期であれば消化器内科で ESD にて治療する。手術適応から外れた場合は消化器内科で化学療法を積極的に行うが、進行の程度や社会的背景によっては緩和医療も選択肢となる。非腫瘍性疾患では、逆流性食道炎、胃アニサキス症、出血性胃・十二指腸潰瘍などを含めて、様々な疾患がある。速やかな鑑別診断と適切な治療を行う。

2.小腸・大腸疾患

大腸の腫瘍性疾患は多く、治療としては大腸ポリペクトミーが大部分を占める。悪性疾患の場合は食道・胃・十二指腸疾患と同様の対応となる。小腸に病変が疑われる場合は、小腸内視鏡を行う。当院では炎症性腸疾患も積極的に治療しており、担当医として治療に当たる機会も得る事が出来る。偽膜性腸炎や虚血性腸炎などによる緊急入院も多い。

3.全消化管に関わる疾患

当院においても、総合病院の特徴として、他科通院中の患者が消化器症状を訴え院内紹介される。そんな中では薬物性消化管障害や放射線腸炎などは比較的多い。かかりつけ医で診断の困難な患者が紹介されることも多く、消化管アミロイドーシスや消化管アレルギーなどが含まれる。的確な診断と治療を行わねばならない。憩室炎や憩室出血などの形質性疾患は、しばしば救急搬送される。

4.肝疾患

炎症性疾患の中では、B 型や C 型などのウイルス性肝疾患が多い。EB ウイルスやサイトメガロウイルス感染症も毎年数例入院する。AIH や PBC も同様であり、診断基準により的確に診断を下さねばならない。代謝関連疾患の中では、アル

コール性肝障害は多い。人間ドックからの紹介による非アルコール性脂肪性肝障害も多い。必要に応じて肝生検を行っている。肝細胞癌や転移性肝癌も年間を通して多数、入院治療している。治療には RFA,肝切術、TACE、化学療法などいくつもの方法があり、画像による的確な診断能力が求められる。肝血管腫などの非悪性の腫瘍は US でも診断可能な場合がある。

5. 胆道疾患

胆嚢炎、胆管炎の症例は多い。そのため必然的に ERCP、EST の件数も多い。消化器内科志望の研修医は、手技の介助などにより、将来的な特殊内視鏡の習得に備える。

6. 膵臓疾患

急性膵炎は重症化すると予後に関わるので、専門医の指導のもとで、慎重な治療計画を立てる必要がある。膵腫瘍も毎年一定数経験する。当院では膵癌、自己免疫性膵炎、膵神経内分泌腫瘍などの膵腫瘍鑑別のため、EUS-FNA を行っている。

7. 腹腔・腹壁疾患

癌性腹膜炎に関しては、原発巣を明らかにしたのち、化学療法を行う。鼡径ヘルニア、大腿ヘルニアなどに関しては、外科とも相談しつつ治療方針を立てる。

8. 急性腹症

初診外来や救急外来を通して、腸閉塞、消化管穿孔、血管疾患、急性腹膜炎などの患者が入院する。速やかな鑑別疾患が必要であり、専門医の指導のもと、的確な診断をしなければならない。

週間予定表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前		外来研修		外来研修	
午後		腹部超音波研修	院長回診/肝局所療法研修		
夕方	内科カンファレンス	消化器カンファレンス	臨床集談会、CPC		

*外来担当日は変わる場合あり。

*消化器内視鏡や肝局所療法は希望者につき考慮する。

3. 循環器内科

【研修方法】
卒後 3 年目～5 年目までの 3 年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」の循環器内科 10 疾患群、救急 2 疾患群の研修項目すべてをカバーできるような研修とする。入院患者の担当医として研修し、専門医が指導する形式となるが、外来診療が主となる疾患に対しては主担当医として循環器外来で経験できるように配慮する。稀な疾患に関しては症例検討会、専門分野の学会・研究会、CPC などで直接経験できる機会を設ける。たとえ 3 か月間であっても循環器系疾患に精通するためのカリキュラムとして、カテーテル検査を含めた種々の循環器系画像診断学に可能な限り従事し、昼夜を問わず循環器救急のファーストコールとして当直を含めた初期対応をすることとなる。また、循環器内科をサブスペシャリティー診療科として希望する者は他の内科系診療科を回る期間であっても、可能な限り循環器の救急診療をはじめとする検査一般業務に従事することとなる。
医師である限り責任のある行動を取ること。自分なりに考え、イニシアティブを取って個々の患者様の診療に携わること。この二つを循環器内科における研修の基本的ルールとする。

【循環器内科での研修内容：総論】

正確な現病歴の聴取と的確な理学的所見を取る
心臓病全般の病態生理を理解し、的確な患者管理ができる。
急性心不全や虚血性心疾患の緊急時の検査や処置に積極的に立ち会う
循環器疾患診断のための最適な検査を選択するができる
心電図・胸部レントゲンの正確な判読が行える。
ホルター心電図、マスター負荷試験を理解し所見をつける
トレッドミル負荷試験や負荷心筋シンチグラムを見学する
運動負荷試験やホルター心電図の解析をする。
経胸壁心臓超音波検査の目的とその所見について理解する。
経食道超音波検査の目的とその臨床的な意義を理解する。
心臓核医学検査の目的とその臨床的意義を理解する。
心臓カテーテル検査やインターベンションなど病状説明に立ち会う
心臓カテーテル検査やカテーテルインターベンションの概略を理解する。
病棟のモニターを理解し、不整脈を見分ける
ペースメーカーの植込みの適応について理解する。
循環器疾患の救急・救命処置の基本を理解する。
種々の循環器系薬剤の使い方とその副作用について理解する

血行動態・循環動態の把握の仕方とそれに基づく治療の基本を理解する

以上のことを習得すべく研修を受けていただく。

【研修内容：各論】

1. 急性冠症候群	血性心疾患の急性期の診療に携わる。基本的な診断と治療方針の決定を行う。
2. 狭心症	診断と治療とその二次予防を習得する。
3. 高血圧症	高血圧の診断治療。二次性高血圧症の鑑別診断を行う。
4. 頻脈性不整脈	種々の頻脈性疾患の診断と治療を行う
5. 徐脈性不整脈・失神	ペースメーカー植込みの適応の判断を行う。
6. 感染性心内膜炎・弁膜疾患	各疾患群の診断と治療を行う
7. 静脈系疾患	肺動脈血栓塞栓症や深部静脈血栓症の診断と治療を行う。
8. 心膜炎・心筋炎	肥大型心筋症、拡張型心筋症、たこつぼ心筋症などの診断と治療を行う。
9. 動脈瘤、動脈解離、閉塞性動脈硬化症	閉塞性動脈硬化症、大動脈瘤、解離性大動脈瘤の診断を行う。
10. 急性心不全・慢性心不全	急性心不全、慢性心不全急性増悪時の診断と治療を行う。

さらにサブスペシャリティーとして循環器のC1やC2のコースに特化した場合は、後期研修医として循環器救急を担当し、より多くの症例経験を積むカリキュラムとする。さらには他の診療内科研修期間中も可能な限りカテーテル検査や運動負荷検査、冠動脈造影CT検査、心筋シンチ検査などの検査業務に従事し、循環器臨床の実務に精通してもらう予定である。

循環器病棟スケジュール（循環器医担当表）

		月	火	水	木	金
外来業務	AM/PM	○	○	○	○	○
検査業務	AM	CCTA	心ｶﾃ 心ｴｺｰ	心ｶﾃ	心筋ｼﾝﾁ CCTA 心ｴｺｰ	心筋ｼﾝﾁ CCTA
検査業務	PM	CCTA	心ｶﾃ 運動負荷 CCTA	心ｶﾃ	CCTA 心臓MRI	心ｶﾃ 運動負荷 CCTA
特殊外来	PM		ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ			
ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	AM	症例CR	抄読会	症例CR	ｶﾃ CR	症例CR
ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	PM	内科CR	病棟CR	院長回診	心ｴｺｰ CR	

4.　内分泌代謝内科

【研修の目標】

内分泌疾患および代謝疾患の対象領域は局所の臓器の異常にとどまらず、全身に影響が及ぶ疾患群であることが特徴である。初期研修で身につけた基礎的臨床能力を土台として、さらに専門的な知識と技能を積み重ねることにより、内分泌代謝疾患を全身疾患として的確に診断し、治療が行えるようにする。これだけでなく、患者の生涯を通して「病を持つ人の苦しみ」から解放できるような長期的視点に立った考え方を身につける。また優れた医学研究のスタートを切る第一歩とすることも目標としている。

【研修の方法】

卒後３年目～5 年目までの３年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」の**内分泌** 4 疾患群、**代謝** 5 疾患群の研修項目のすべてをカバーできるような研修とする。全身疾患という疾患の性質上、総合内科Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、感染症、救急などの領域の一部に関しても研修可能である。基本的には入院患者の主担当医として研修し、専門医が指導する形式になるが、外来診療が主になる疾患に対しては、外来で主担当を経験できるように配慮する。稀な疾患に関しては症例

検討会、専門分野の学会・研究会、CPC などで間接的に経験できる機会を設ける。それでも経験できない疾患に関しては連携施設での研修を行う。また積極的に学会発表を行うことを勧める。

【具体的な研修項目】

●内分泌疾患

症例を通して各種ホルモンの生理作用とそれらの過剰と不足による病態を理解する。またこれらを診断するための内分泌学的負荷試験を行い、これらの結果と画像所見を併せて的確な診断と治療を行う。

１　視床下部・下垂体疾患

この領域は希少疾患が多く含まれるため、まず症例数の検討を行う。住友病院では後期研修医（専攻医）は１学年に最大 14名である。2年間で内科系7科（＋連携病院）をローテートすると、1年間に14名以上の患者がいれば、時期の工夫は必要なものの、すべての研修医が診療経験可能である。先端巨大症、Cushing病、下垂体機能低下症、尿崩症などの入院例は数例ずつ存在する。十分な例数にならない年もありえるが非機能性腫瘍の検査入院や SIADHの症例数が比較的多いので合計では充足すると考えられる。症例数が不足の場合は連携病院で研修を完成させる。

２　甲状腺疾患

Basedow病、橋本病、甲状腺腫瘍などは比較的症例数が多いが、これを主病名として入院する例は多くない。疾患の性質上大多数の症例は外来で診断や治療が行われる。住友病院では卒後2年の途中から指導医の指導の下に一般内科外来を担当しており、3年目以降は希望する専門分野の外来も行っている。外来診療で血液検査（甲状腺ホルモン、抗体)、エコー、CTなどの形態検査、さらに甲状腺シンチや摂取率などの検査で診断し治療する機会が十分にある。

３　副甲状腺疾患とカルシウム代謝異常

これらの疾患も悪性腫瘍に伴う高Ca血症以外の疾患は主病名として入院加療する機会は比較的少ない。しかし骨粗鬆症は比較的頻度の高い疾患であるため、原発性副甲状腺機能亢進症も含めて、外来診療で主担当として経験する機会は充足できる。症例が不足する場合には、連携施設で担当する。

４　副腎疾患、多発性内分泌腺異常、性腺疾患、神経内分泌腫瘍

Cushing症候群や原発性アルドステロン症、副腎皮質機能低下症は年間に一定数の入院患者数がある。これらに適切な負荷試験、画像試験、要すれば副腎静

脈サンプリングを行い適切に診断し治療を行う。また種々の負荷試験の結果、非機能性副腎腫瘍（incidentaloma）と診断される症例も少なくない。褐色細胞腫も含めて腎臓・高血圧内科と共同して診療にあたる。その他の疾患の症例数は少ないが希少な症例に遭遇した場合は症例検討会などで接することが可能である。

●代謝疾患

住友病院では糖尿病（1 型、2 型）の入院患者数が非常に多い。教育入院だけでも毎年 400 例以上が入院するため、急性、慢性の合併症にも日常的に頻繁に遭遇する。後期研修を通して、多数の糖尿病例を主担当医として担当し、糖尿病教育を行うとともに、インスリン分泌能や抵抗性の検査を行い、各症例の病態を明らかにしてそれに見合った 2 型糖尿病に対する経口血糖降下薬の適応判断や選択、インスリン導入、および 1 型糖尿病に対する頻回インスリン注射、CSII 治療などの管理を経験する。また、脂質異常症、肥満症、メタボリックシンドロームなどの代謝疾患も入院例が非常に多く、病院の特徴として BMI35 以上の高度肥満例も数多く経験できる。余裕があれば、症例報告にとどまらず指導医のもとテーマを決めて臨床研究を行い、全国レベルの学会で発表し、その内容を英文論文にまとめて報告することまで指導実績がある。

１　1型糖尿病

年間数十例の1型糖尿病患者が血糖コントロール目的に入院するので、専攻医全員が主担当で経験することが可能である。CGMなどの特殊検査の活用やカーボカウントによる食事指導、インスリン強化療法、CSII（SAP療法を含む）などの治療を行うことができ、総合的に管理できるようにする。

２　2 型糖尿病

糖尿病・代謝センターの教育入院例を多数例経験し、クリニカルパスを用いて看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、臨床心理士など他職種とともにチーム医療で入院患者への指導を経験し、患者への講義を通じてさらに糖尿病に対する理解を深める。諸検査から病態、合併症を評価し、知識、性格、社会的背景なども加味して治療方針の決定を行う。食事療法、運動療法を指導し、個々の患者に見合った薬物療法を選択できるようにする。さらにその中の複数例においては、退院後の外来での経過フォローも経験する。また、教育入院での患者指導だけでなく、糖尿病患者会や糖尿病教室に参加して教育活動の意義を理解する。

３　他の型の糖尿病、低血糖、糖尿病の緊急症

ミトコンドリア糖尿病などの特殊な原因による糖尿病やインスリノーマによる低血糖の例は稀であるが年間数例程度は存在する。主担当として経験する機会がない場合は症例検討会などを通して間接的に経験する。住友病院には婦人科はあるものの産科がないので糖尿病合併妊娠の出産例だけは経験できないが、これは連携先で経験する。1型糖尿病の新規発症時あるいはシックデイの時などに糖尿病ケトアシドーシスで緊急入院することや、2型糖尿病が高浸透圧高血糖症候群で緊急状態になることも少なくないので、緊急対応も経験できる。また、糖尿病の治療過程で低血糖昏睡のため緊急状態になることもしばしば経験することであり、緊急対応と原因精査、事後対応などができるようにする。

４　糖尿病の慢性合併症

多数の糖尿病例について神経学的所見から末梢神経障害の有無を、検査所見から腎症の病期を、また眼科と共同して眼底所見から網膜症の有無と程度を判定できるようにする。糖尿病腎症 4 期で透析導入を検討する症例や増殖糖尿病網膜症で視力に影響が出た症例など合併症が高度に進行した症例を受け持ち、精神的サポートも含めた対応ができるようにする。救急診療を通じて糖尿病に合併した冠動脈疾患（2014 年度 694 例)、脳血管疾患（同 285 例）などの急性期を循環器内科や脳神経内科、脳神経外科などと共同で診療する経験を持つ。また、糖尿病の治療経過中に各種の癌、骨粗鬆症、認知症、うつ、歯周病などを経験することも多く、的確に対応できるようにする。この中で嚥下性肺炎や転倒骨折、認知症や在宅診療との提携、緩和ケアや終末期医療、さらには死亡などの総合内科診療も経験する。

５　肥満症、脂質異常症、高尿酸血症、Vit異常症、微量元素欠乏症・過剰症

BMI50 を超えるような高度肥満例、脂質異常症、メタボリックシンドロームの生活指導を糖尿病・代謝センターの教育入院を通して経験する。特殊な原因の原発性脂質異常症やビタミン欠乏症の例数も少ないながら存在するので症例検討会などで病態を理解する。痛風や高尿酸血症はこれを主病名として入院する場合が少ないので、これらは外来診療で経験する。

週間予定表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
早朝		内分泌代謝、腎内合同カンファレンス			
午前	（外来）*	糖センター回診(3 週毎)	（外来）*		
午後	内分泌代謝内科回診		院長回診		糖センター回診（3 週毎）
夕方	内科合同カンファレンス		臨床集談会（第 3 週）、CPC(第 4 週)	内分泌代謝、血内、合同新入院紹介	糖尿病・代謝センターカンファレンス(第 2 週)

*外来は個人により曜日が異なる。

5. 腎臓・高血圧内科　腎センター

【研修の目標】

腎臓内科では全ての腎臓病とその診察方法を習得することを目標とする。(このことは住友病院腎臓・高血圧内科の最大の特徴である。)

すなわち、顕微鏡的血尿など自覚症状を伴わない検尿異常から、種々の腎炎、全ての腎代替療法（血液透析・腹膜透析・腎移植術）に至るまで、さらには急性腎傷害（AKI）に対する緊急治療（持続血液ろ過透析など)、電解質異常など腎臓内科医であれば対応すべき全ての疾患、病態を診療の対象とする。

高血圧内科では、本態性高血圧についてはもちろん特に二次性高血圧の診断・治療を的確に行う。腎センターでは腎代替療法（血液透析、腹膜透析、腎移植）の選択と、選択された治療を行う。腎臓内科、高血圧内科、腎センターでは他の内科同様、その患者の精神面、社会的背景を考慮した全人的診療を習得する。

【研修の方法】

卒後 3 年目～5 年目までの 3 年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」の腎臓 7 疾患群のうち 4-7 疾患群、循環器の 1 疾患群（血圧異常)、総合内科ＩＩの 1 疾患群を研修する。基本的には入院患者の主担当医として研修し、専門医

が指導する形態になるが、外来診療が主になる疾患に対しては、外来で主担当として経験できるように配慮する。稀な疾患に関しては症例検討会、専門分野の学会・研究会、CPC などで直接的あるいは間接的に経験できる機会を設ける。それでも経験できない疾患に関しては連携施設での研修を行う。腎臓内科を有する近隣の基幹施設と学術的交流もある。また積極的に学会発表を行うことを勧める。

【具体的な研修項目】

●腎臓疾患

症例を通じて、種々の病態を理解する。精神的、社会的背景を考慮した診療法、治療法を習得する。

1　CKD

末期腎不全を含め、CKDでの全身管理法を修得する。CKDステージG3aからG4では原因疾患、腎機能低下に留意するのみならず、他の臓器障害にも注意した上での薬物療法、一般療法について修得する。腎代替療法開始が必要な場合は、すべての腎代替療法について理解した上で、心理的状況、社会面を考慮した上で必要で適切な説明法を修得し実践する。すでに血液透析または腹膜透析を施行中の患者では、その合併症、偶発症を予防するためガイドラインに則った上で適切な指導、薬物療法を行う。これについては関連施設で施行する場合もある。すでに合併症や偶発症（血管病変や感染症が多い）を有している場合は、他科医師、専門看護師と密に連絡し治療法を決定し実践する。前医への報告などについても地域連携室の看護師、事務職とよく相談し適切なタイミングで行う。腎移植患者においても、その合併症、偶発症についての診療を適切に行い、免疫抑制剤を含めた治療方法の修正が必要かどうかの判断など指導医の下に行う。

2　急性腎傷害

急性腎傷害の原因、対策について修得する。特に高齢者においては脱水や薬剤による急性腎機能障害の治療とともに、その予防法について患者、家族への指導ができる。また周術期の急性腎障害については、急性血液浄化療法（持続的血液ろ過透析など）を担当科として施行し集中治療室における集学的治療を行う。同時に呼吸管理や循環管理に指導医のもとに修得する。

3　糸球体疾患

腎生検：主担当医として腎生検の実際をうけもち、その意義、合併症について説明する。腎生検カンファレンスにおいては、自ら症例提示し、カンファレンスを通じて組織診断の実際を体得する。各種の腎炎、ネフローゼ症候群に関しては、ガイドラインを理解した上で主担当医としてその症

例に対して適切な治療法を提案し、指導医のもとに相談・決定し、その必要性や副作用について患者に説明する。外来診療では指導医のもと、ステロイド療法の実際を行う。たとえばIgA腎症においては、場合により扁桃摘出術およびステロイドパルス療法を行うが、入院時は指導のもとに担当医として対応する。

4　尿細管・間質疾患

尿細管・間質障害を生じる薬物について理解しその鑑別を行う。自己免疫疾患の有無についての診察を適切に行う。

5　血管系疾患

腎性高血圧、腎硬化症、コレステロール塞栓症、HUS、種々の血管炎などが多い。診断から治療に至るまで指導医のもの、主担当医としてその実践にあたる。そのなかでも症例数の多いANCA関連血管炎においてはガイドラインを基本にして症例ごとに、ステロイド療法や免疫抑制剤、リツキシマブの選択を適切に行う（指導医の元）。

6　水・電解質代謝異常

脱水症、低Na血症、高K血症、高Ca血症、高リン血症が多い。異常の要因について直ちに適切に診断にいたる実際を指導医とともに実行する。またその後直ちに適切な対応を行う。（特に低Na血症、高Ca血症が多く、これらは実際、比較的早急な対応が必要なことが多い。）他科からの紹介である場合も多く、主疾患の治療をスムーズに行うため他科医師との密な連携を行う。また症例によっては学術的に重要なこともあり、指導医の元、発表の機会を持つ。

7　腎尿路感染症　泌尿器科的腎・尿路疾患

腎尿路感染症としては急性腎盂腎炎が多い。ことに腎移植患者における急性腎盂腎炎は急激な経過を経るなど、患者背景による違いを理解する。また早急に適切に診断するための検査法についても修得する。具体的には、感染尿のグラム染色を自ら行い、患者背景を考慮して適切な薬剤を選択する。

泌尿器科的腎・尿路疾患については常染色体優性多発嚢胞腎が多い。この診断、合併症を修得する。またトルバプタン療法についてはその有効性、医学的背景、合併症について説明し、その治療の導入時には指導医の元に担当医として対応する。

●高血圧

本態性高血圧では、その発症・進展に不適切な生活がある場合が多く、現実的に改善できるよう適切な指導法を修得する。また種々の薬剤の特性を知り、血圧上昇機序を症例ごとによく考え、その症例に適した適切な降圧剤の選択を行う。また合併症を確認する方法を身につけ、合併症に対しても適切に対応す

る。

二次性高血圧の鑑別も行う。原発性アルドステロン症については生理食塩水やカプトプリル負荷テストを適切に行う。そのうえで、さらなる精査必要な場合は、入院での選択的副腎静脈サンプリング検査（ACTH 負荷前後）においてはサンプリングを見学し参加する。腎血管性高血圧や褐色細胞腫が疑われる症例についてはその診断のための検査を適切に行う。二次性高血圧である場合には、指導医とともにそれに応じた適切な治療法を提示し、実行する。

週間予定表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
早朝		内分泌代謝、腎内合同カンファレンス		腎セ症例合同カンファレンス	
午前	（外来）*		（外来）*		
午後			院長回診	腎内腎セ回診 腎内勉強会	
夕方	内科合同カンファレンス	腎内/腎セ症例カンファレンス	臨床集談会（第 3 週）、CPC(第 4 週)		腎生検カンファ（第 4 週）

*外来は個人により曜日が異なる。

6. 膠原病・リウマチ内科

【研修の目標】

膠原病・リウマチ内科の対象患者は、慢性で、多臓器病変を有する場合が多い。そのため、患者の精神面、社会的背景を考慮した全人的診療こそが必要となることが多く、これを習得することが重要な目標である。

【研修の方法】

卒後 3 年目～5 年目までの 3 年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」の膠原病および類縁疾患 2 疾患群のうち 1-2 疾患群を研修する。基本的には入院患者の主担当医として研修し、専門医が指導する方法をとる。外来診療が主になる疾患に対しては、外来で主担当を経験できるように配慮する。他科（特に整形外科）と協力して診療行うのが望ましい場合には、他科医師の指導も受

ける。稀な疾患に関しては症例検討会、専門分野の学会・研究会、CPC などで間接的に経験できる機会を設ける。それでも経験できない疾患に関しては連携施設での研修を行う。また積極的に学会発表を行うことを勧める。

【具体的な研修項目】
●関節症状を主とする膠原病・類縁疾患
この疾患群では、関節リウマチ、リウマチ性多発筋痛症、変形性関節症、結晶性関節炎などが多い。その中で関節リウマチでは分子標的治療などの治療についても指導医のもと、主担当医として経験する。リウマチ性多発筋痛症では外来診療で治療していくこともあり、指導医と相談の上で診療に当たる。変形性関節症では整形外科と協力して診療を行う。
●関節症状を主とする膠原病・類縁疾患
この疾患群では、全身性エリトマトーデス、Sjögren 症候群、抗リン脂質抗体症候群、血管炎症候群、IgG4 関連疾患が比較的多い。これらは多臓器に病変を生じうる全身疾患であり、精神的、社会的背景を考慮した診療法、治療法を習得することが重要であり、これを実践する。基本、入院時の主担当医となり、指導医のもと診療にあたる。ステロイド、種々の免疫抑制剤、分子標的剤など効果・副作用のメカニズムをよく理解した上で個々の病状や社会背景などを考慮した最適の治療の選択し、副作用を最小限に抑える併用療法も行う。また病状・治療の説明についても実践を通じて深く学ぶ。

7.　呼吸器内科

【研修の目標】
　呼吸器系疾患は、気道疾患、呼吸器感染症、胸部腫瘍、びまん性肺疾患、睡眠呼吸障害、胸膜・縦隔疾患等、多岐にわたるが、後期研修期間においてはこれらを偏りなく経験し、研修することにより、各疾患群で的確な診断と治療方針の決定を行えるようにすることが目標である。全身性疾患や他臓器疾患に関連して呼吸器に障害を呈することも多く、初期研修や後期研修の内科各分野の研修で身に付けた臨床的知識・技能を発揮しながら、診療にあたることが望まれる。また、呼吸器系疾患には急性の病態が含まれ、その適切な救急対応を身につけるよう研修する必要がある一方、罹病期間が長期にわたる疾患、難治性疾患、高齢者特有の病態なども多く含まれるため、入院期間に限定した治療にとどまらず、それらの疾患を担う患者の立場に立って、治療や退院後の支援を行えるよう研修する。

【研修の方法】

卒後 3 年目～5 年目までの 3 年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」の呼吸器分野の項における呼吸生理に関する知識、専門的身体診察、専門的検査、治療方法、3 つの疾患群、の研修項目をカバーできるような研修を行う。疾患群のうち感染性呼吸器疾患については感染制御部と、呼吸器新生物については呼吸器外科、放射線科・放射線治療科と密に協力して診療を行っており、そのような環境において研修を行う。また、一部の症例においては院内の各横断的医療チームの支援を受けながら治療を進めていく。主として入院患者の担当医として診療科の専門医とともに患者の診療にあたるが、呼吸器内科志望の研修医の４年目、5 年目には、外来担当医として外来診療が主となる疾患の治療にもあたるカリキュラムとする。呼吸器内科は死亡例が多い診療科であり、剖検の承諾が得られた症例ではその検討を診療科内や院内 CPC で行っている。また希少疾患や診断・治療が問題となった症例にあたった場合は、積極的に学会発表、論文作成を行うよう勧めている。

【具体的な研修項目】

以下疾患群毎に研修項目について記載する。

１．気道・肺疾患

１）感染性呼吸器疾患

感染症全般は、当院の感染制御部の医師の指導、協力のもと、診療に当たっている。特に広域抗生剤の使用の際には、感染制御部に報告し、その適正使用について指導を受けるシステムとなっている。

市中肺炎や高齢者にみられる嚥下性肺炎の治療は、当院においては内科系医師が分担して診療にあたっているが、当科ローテーション中に、診療ガイドラインに準拠した標準的治療法を学習し、習得できるように努める。

当院には結核病床は存在しないため、肺結核の塗抹陽性例が当院に入院することは原則としてないが、培養陽性例や塗抹陰性化例が入院することがあり、これらの症例は優先的に研修医が担当することにより、その標準的治療法や届出業務について学習することにしている。

感染性呼吸器疾患のうち、急性上気道感染症、急性気管支炎など、外来や救急外来で遭遇することが多い疾患群については、その診断と適切な治療方針について講義を行い、学習する。外来での診療後にはその診療内容について、指導医が診療録上でチェックを行い、フィードバックを行うシステムをとる。その他、市中肺炎、抗酸菌感染症についても、研修医向けのレクチャーが開催されている。

感染症の迅速診断として有用性の高いグラム染色を用いた診断方法とその後の治療については、感染制御部の指導の下に毎週月曜日に院内で開催されているグラム染色カンファレンスに参加して学習する。

２）気管・気管支・肺の形態・機能異常、外傷

気管支拡張症における慢性気道感染の増悪、閉塞性肺疾患の急性増悪は、入院患者の10～20％を占めており、これらの患者を担当することにより研修を行う。当科ローテーション中に経験することができなかった希少疾患については、連携病院の研修や、院内カンファレンスにおける供覧、院外の症例検討会や学会への参加などにより、学習する。

３）免疫学的機序が関与する肺疾患

Common diseaseである喘息のほか、希少疾患を含む多数の疾患が含まれる。気管支喘息の増悪期の診断および治療については主として救急外来や入院診療において研修し、慢性期の長期管理は、後期研修２年目以降に外来担当を行うことにより研修する。当院における、間質性肺炎をはじめとするびまん性肺疾患による入院患者の割合は、他施設に比較して多く、研修医には上級医の指導のもと、優先的に担当してもらっている。この領域に含まれる希少疾患も少なからず入院しているが、ローテーション中に経験できない疾患については、院内のCRPカンファレンスや、専門医が参加している研究会への参加を促し、間接的に学習する。

４）特発性間質性肺炎（IIPs）

診断指針が確立し、新しい治療薬の開発が行われつつある領域であり、専門医の指導下で適切なインフォームドコンセントに基づいた早期からの治療介入を積極的に進めていく。

５）薬物、化学物質、放射線による肺障害

薬剤清肺障害は各診療科からの紹介例に多く含まれる疾患であり、近年発症率の増加がみられている。それらを主担当することにより、診断手順および適切な治療・管理方針を学習する。

６）じん肺症

粉塵曝露歴の聴取は、呼吸器疾患全般において重要な事項であり、呼吸器内科研修時に指導を行う。入院症例が存在した場合には、優先的に担当する。

７）肺循環異常

緊急治療を要する疾患が含まれ、診断においては主として放射線科と、治療においては循環器内科、胸部外科、集中治療を担当する麻酔科との連携が重要な疾患群である。ARDS、肺高血圧症は診断方法・治療指針の変遷・発展が大きい疾患領域であり、最新の診断・治療指針を学習し患者の診療にあたっている。

８）呼吸器新生物（気管・気管支・肺）

入院患者の50%弱を常時占める疾患群であり、当院では現在のところ腫瘍内科が存在しないため、手術症例以外は呼吸器内科が治療にあたっている。肺癌学会のガイドラインに準拠した適正治療に努め、３次治療以降においては、患者への適切なインフォームドコンセントに基づいて治療を継続している。緩和医療については、当院には緩和病棟は存在しないが、緩和ケアチームの協力のもとで治療を行っている。

２.胸膜・縦隔・横隔膜・胸廓の疾患

１）胸膜疾患

気胸や膿胸は頻度の高い疾患であり、再発例も多く、その長期経過と管理方法について入院患者を担当することにより研修する。胸腔ドレナージについても、指導医の監督下で施行する。胸水貯留/胸膜炎は他領域疾患を原因として発症することも多く、胸水の鑑別診断は当科で重点的に学習すべき項目として指導を行っている。

２）縦隔疾患

縦隔の腫瘍疾患は当科に入院することはまれな疾患であり、呼吸器外科・放射線科の合同カンファレンスで供覧する。化学療法を施行する場合は担当を行う。

３）横隔膜疾患、および４）胸廓、胸壁の疾患

これらは入院患者の主病名として登録されることは少ない疾患であり、併存症として見られることの多い病態であるが、各カンファレンスや回診で供覧することにより、治療・管理方法を学習する。

３.呼吸不全・呼吸調節障害

１）呼吸不全

入院患者の約半数近くが入院期間中に呼吸不全を呈し、症例数が多い。病態に応じた酸素投与法、呼吸補助（侵襲性/非侵襲性人工呼吸）について学習する。これらについては日常臨床のほか、呼吸サポートチームが開催する講習会に研修会に参加することによって学習している。

２）呼吸調節障害

当院には肥満症、メタボリック症候群の患者や、脳血管障害、腎不全の患者が多く通院しており、睡眠時無呼吸症候群や肥満低換気症候群、神経筋疾患に

ともなう呼吸不全の患者が多くみられ、入院患者数も多い。入院担当医としてそれぞれの病態に応じた管理方法について研修を行う。

呼吸器内科週間予定表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
早朝			・診療科 病棟回診		呼吸器外科・放射線科合同カンファレンス
午前	（外来）*		（外来）*		
午後		・気管支鏡検査	院長回診 （月１回）	・気管支鏡検査 （第２・４週）	
夕方	・グラム染色カンファレンス ・内科合同カンファレンス	・診療科カンファレンス	・診療科抄読会 ・臨床集談会 （第３週） ・院内 CPC （第４週）		・呼吸器 CRP カンファレンス （月１回）

*外来は個人により曜日が異なる。

8. 血液内科

【研修の目標】

血液内科では各種造血器疾患の診療に当たるとともに、造血臓器である骨髄や各血球の構造および機能を学び、正常造血における血液細胞の発生と分化を理解して頂きます。また、止血機序についても理解を深めて頂き DIC をはじめとした出血・血栓性疾患の診療にあたっていただきます。血液疾患とくに造血器悪性腫瘍の患者さんの治療は長期間にわたることが多く、病気だけはでなく患者さんのバックグラウンドを知り全人的な診療を行うことができるようになることが目的と考えています。

【研修の方法】

卒後３年目～5 年目までの３年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」の血液内科４疾患群の研修項目のすべてをカバーできるような研修とします。

血液内科には常時４０名程度の入院患者があり、新規年間患者数は急性白血病約２０名、悪性リンパ腫約５０名、骨髄異形成症候群約１０名など内科専門医研修を充分カバーできる症例数があります。造血幹細胞移植は同種・自家ともに行っています（約１５例／年）ので移植医療を経験して頂くこともできま

す。血液３疾患群だけでなく、疾患の治療を行う上で関連の深い総合内科Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、感染症の一部に関しても必然的に研修して頂くことになります。入院患者の主担当医として診療を行って頂き、血液専門医の指導を受けて頂きます。稀な疾患に関しては症例検討会、専門分野の学会・研究会、CPC などで間接的に経験できる機会を設けます。また、積極的に学会発表や論文発表を行うことを勧めています。

【具体的な研修項目】

症例を通じて、種々の病態を理解するとともに精神的、社会的背景を考慮した診療法、治療法を習得する。血液内科で行う基本的な検査や処置として、骨髄穿刺、骨髄生検、腰椎穿刺、髄腔内注射、中心静脈カテーテル挿入は主担当医として実施する機会が与えられる。骨髄像や細胞表面抗原検査、染色体検査、分子遺伝学的検査といった専門的検査の結果を検討し解釈するトレーニングを行う。

１　赤血球系疾患

種々の原因によっておこってくる貧血の鑑別診断・病因の検討・治療を習得する。しかし、出血性貧血については消化管出血により引き起こされる頻度が高いため、消化器内科で研修中に経験されることとなる。鉄欠乏性貧血については外来で診断・治療を行うことがほとんどであり、一般内科外来の診療の中で経験できるように配慮する。

２　白血球系疾患、血漿蛋白異常症

この分野は、造血器悪性疾患（いわゆる血液がん）の診療が主になる。各種造血器悪性疾患の患者さんを担当して頂くが、悪性リンパ腫および急性白血病の患者さんは必ず担当して頂くよう配慮する。化学療法の計画および実施、副作用のマネジメント（好中球減少時の対応、発熱性好中球減少症の治療、輸血など)、効果判定の実際について体得できるように指導する。造血幹細胞移植に関しては、直接受け持つことができない場合は、カンファレンス等を通じて間接的に経験して頂く。

３　出血・血栓性疾患

特発性血小板減少性紫斑病を主とした血小板減少症の鑑別診断および治療、播種性血管内凝固（DIC）を主とした出血性疾患の鑑別診断および治療について経験して頂く。DIC は原因が多彩であり、他科と共同診療となることも多い。これらの疾患の鑑別を通じて、血小板や凝固線溶系の各種検査について造詣を深めて頂く。

週間予定表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前					
午後			院長回診（第 2 週） 血液病理カンファレンス（第 1・3 週）		
夕方	内科合同カンファレンス 血内抄読会（第 2・4 週）		臨床集談会(第 3 週)、 CPC(第 4 週)	血内カンファレンス	

9. 脳神経内科

【研修の目標】

住友病院脳神経内科の後期研修プログラムは、内科学・老年医学全般の知識を幅広く理解した上で、神経内科学に必要な基礎・臨床の専門的知識と技術を習得し、神経救急、アルツハイマー型認知症やパーキンソン病など高齢者に多い慢性進行性の変性疾患、各種の神経難病、内科疾患による様々な神経系の障害など、いかなる患者に対しても十分な診療ができる医師を養成することを目指している。当科では、稀な神経変性疾患も多く、神経内科専門医を目指す医師も十分な症例を経験することができる。

【研修の方法】

卒後 3 年目～5 年目までの 3 年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」の脳神経内科 9 疾患群の研修項目のすべてをカバーできる研修とする。

9 疾患群のうちの主要な疾患は入院･外来患者を併せれば当院のみで経験可能である。入院の主担当、外来診察などで指導医とともに診療に携わるとともに、脳神経内科の専門的な検査も専門医の指導のもとで修練する。

図書館には専門図書が揃っており、インターネット環境も完備されているため、最新の知識を取得し、すぐに患者の診療に反映できる。日本神経学会をはじめ、多くの学会・研究会での発表を指導している。

【具体的な研修項目：総論】

神経疾患の理解に必要な神経解剖、神経生理、病態生理の基本を再学習する。

正確で詳細な病歴の聴取、基本的な神経症候学を学習する。

専門的身体診察として、大脳機能の診察（意識状態・精神状態・言語・認知機能)、脳神経の診察、四肢ならびに体幹の診察（運動系、反射系、運動調節系、

感覚系、不随意運動、起立・歩行、自律神経系、髄膜刺激症状）を学習する。
診察後に暫定的な診断をたて、専門的検査計画を組んでいく。
専門的検査では、頭部・脊椎単純 X 線検査、頭部 CT・頭部/脊椎脊髄 MRI 検査（頭/頚部 MRA、3D-CT Angiography を含む）を自ら判定し指導を受ける。
腰椎穿刺、テンシロンテストを自ら施行し指導医と判定を確認する。
その他、特殊検査として、脳血流シンチグラフィー、MIBG 心筋シンチグラフィー、DAT スキャンの読影、脳波、SEP、ABR、VEP など中枢神経電気生理検査、および、筋電図、末梢神経伝導検査など神経筋疾患の電気生理学的検査の習得が可能である（電気生理学的検査の指導医は常勤 1 名・非常勤 1 名で検査室にて診察・discussion しながら、検査手技を学ぶ)。
薬物療法は、抗凝固薬・抗血小板薬（経口および静注)、抗脳浮腫薬・脳保護薬、パーキンソン病治療薬、振戦治療薬、アルツハイマー病治療薬、抗てんかん薬、片頭痛治療薬、向精神薬（抗不安薬を含む)、抗めまい薬、抗ウイルス薬・抗菌薬などの具体的な使用法、副作用などについて学ぶ。
神経救急と初期対応に関しては、脳卒中、意識障害・せん妄、けいれん・てんかん、悪性症候群、頭痛発作（片頭痛・群発頭痛）などの救急処置と初期対応を随時学ぶ。
その他の治療法として、ステロイド療法、人工呼吸器管理、栄養管理（胃瘻・IVH）を習得する。
リハビリテーション（嚥下リハビリを含む）を見学する。
社会資源の利用、生活支援、地域連携、各種書類作成の指導を受ける（特定疾患、身体障害者手帳、介護保険導入、訪問看護やリハビリ指示など)。
他科との連携・協力（神経疾患は、脳神経外科、耳鼻科、眼科、整形外科、他の内科と overlap するものが多く、他科とのコミュニケーション能力も磨く)。
剖検例の脳切（脳神経内科と病理部共同で実施）見学、脳のマクロ所見を学ぶ。

【具体的な研修項目各論：研修手帳案の 9 疾患分類に準拠】

１．脳血管障害

脳梗塞（アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症、ラクナ梗塞、その他の脳梗塞)、一過性脳虚血発作（TIA)、脳出血・その他の血管障害（脳出血、くも膜下出血、慢性硬膜下血腫ほか）について、急性期・慢性期の患者の診療を学ぶ。外科的適応のある疾患は脳外科医の指導を受け、手術適応について学ぶ。

２．感染性・炎症性疾患

髄膜炎・脳炎、帯状疱疹の診断・治療について学ぶ。帯状疱疹は皮膚科医の指導を受ける。感染性心内膜炎、神経サルコイドーシス・神経ベーチェット病な

どの疾患についても随時学習する。

３．中枢性脱髄疾患、免疫性末梢神経疾患、免疫性筋疾患
多発性硬化症、視神経脊髄炎の臨床診断、画像診断、髄液検査、電気生理学的検査（VEP、SEP、ABR など)、急性期治療と予防的治療を学ぶ。Guillain-Barré 症候群への救急対応、慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー（CIDP)、多発性筋炎・皮膚筋炎などの診断、副腎皮質ステロイドや免疫抑制剤による治療を学ぶ。重症筋無力症については臨床診断、自己抗体検査、電気生理学的検査、テンシロンテストなどを学ぶ。胸腺摘出手術も当院呼吸器外科で多数行っている。

４．末梢神経疾患、筋疾患
糖尿病性ニューロパチー、ビタミン欠乏性/中毒性ニューロパチー、単ニューロパチー（Bell 麻痺・動眼神経麻痺を含む)、圧迫性ニューロパチー（手根管症候群・腓骨神経麻痺・橈骨神経麻痺を含む)、神経痛（三叉神経痛、大後頭神経痛を含む)、内分泌・代謝性ミオパチー（低カリウム性ミオパチーを含む）などの症候、神経伝導検査・針筋電図による電気生理学的診断、治療について学ぶ。必要に応じて筋および末梢神経の生検も行う（病理標本作製は外部の専門医に委託している)。

５．変性疾患
パーキンソン病・パーキンソン症候群、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、多系統萎縮症について診断、治療、社会的支援を学ぶ。特にパーキンソン病は頻度の多い疾患であり、当科では、初期から晩期までの患者が通院あるいは入院しており、特定疾患取得患者のみで数百人が通院している。本症の臨床経過、神経学的所見、更に、MRI、DAT スキャン、MIBG シンチグラフィー、脳血流シンチグラフィーなどの画像診断も加えた確度の高い鑑別診断を行うとともに、薬物療法とリハビリテーションの基本を学ぶ。

６．認知症疾患
アルツハイマー病、レビー小体型認知症、血管性認知症、正常圧水頭症などについて、主として外来で診察法、中核症状と周辺症状の重症度評価、画像診断、介護保険サービス利用などの社会的支援、他医療機関との連携などを学ぶ。認知症患者が内科的・外科的疾患で入院している場合の対応の仕方、合併しやすいせん妄の予防・診断・治療法を学ぶ。必要に応じ、当院メンタルヘルス科の精神科医の指導を受ける。

７．機能性疾患

めまい（良性発作性頭位眩暈症・メニエール病）は耳鼻科と協力して診療を学ぶ。てんかん（特発性・症候性）については発作時の救急処置、外来での薬物による発作予防、生活指導などを学ぶ。片頭痛・緊張型頭痛・群発頭痛、半側顔面痙攣、本態性/老人性振戦などについても、外来診療を学ぶ。

８．自律神経疾患、脊椎・脊髄疾患、腫瘍性疾患
起立性低血圧への対応、脊椎病変による神経根・脊髄症（頚部脊椎症・後縦靭帯骨化症・椎間板ヘルニアを含む）、脳腫瘍（原発性・転移性）、脊髄腫瘍、髄膜癌腫症の診断・治療について学ぶ。手術適応については脊椎外科医、脳外科医の指導を受ける。

９．代謝性疾患、medical neurology、その他
腎/肝/内分泌疾患等に伴う神経障害、膠原病に伴う神経障害、血液疾患に伴う神経障害などについて、当該科と協力して診断・治療を学ぶ。

脳神経内科週間予定表（外来、救急当番など各種当番を除く）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前					
午後	病棟回診 脳神経内科画像ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	臨床神経生理検査		臨床神経生理検査	
夕方	内科系カンファレンス ブレインカッティング（随時）		脳神経内科抄読会 臨床集談会（第３週）、CPC（第４週）	脳神経内科ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	

10.　感染制御部

【研修の目標】

感染症は全身のすべての領域に起こり、病床を持つすべての診療科において見られる疾患である。初期研修で習得した基本的な診療能力に加え、後期研修カリキュラムを経ることで、感染症疾患および同時に鑑別としてあがる非感染症疾患を適切に診断し、診断に基づいた治療が行えることを目標とする。

【研修の方法】

卒後 3 年から 5 年目までの 3 年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」の感染症 4 疾患（ウイルス感染症、細菌感染症、真菌感染症）の研修項目のすべてをカバーできるような研修とする。感染制御部は病床を持たず、主治医になることはなく、また感染制御部への研修は必須ではないことから、これらの疾患は主に研修カリキュラムの各科研修中に経験することとなる。各科において、研修項目中の感染症を診療している場合、診療科内での指導に加え、感染制御部からの指導教育をあわせて受ける事が出来る。また研修項目の中には入院対象となりにくい疾患もあるため、これらは外来および救急部門で経験することが必要となる。輸入感染症など稀な疾患に対しては症例検討会や専門分野の学会、研修会などで間接的に経験できるように配慮する。
当院では救急外来にグラム染色が実施できる環境にあり、主に研修医が行ったグラム染色を元に毎週、症例カンファレンス（グラム染色カンファレンス）を開催し、グラム染色を通して感染症の症例のディスカッションを行っている。研修医は交替でプレゼンターを務め、参加者全体でのオープンディスカッションおよび感染症専門医や細菌検査技師からの指導を受ける。

【具体的な研修項目】

感染症領域における修了用件は感染症の 4 領域（ウイルス感染症、細菌感染症、真菌感染症、その他の感染症）のうち、2 領域以上であり、病歴要約提出 2 例である。ウイルス感染症のインフルエンザは一般内科外来あるいは救急外来で担当可能である。また尿路感染症や肺炎などで細菌感染症も確実に主治医として診療可能である。場合によっては残り 2 領域を診療する機会を得る事も稀ではなく、修了用件を達成することはそう難しくない。
以下にそれぞれの領域に該当する疾患について述べる。(※カッコ内は到達レベルを表記)

●ウイルス感染症

この領域は入院対象になる疾病が多くない。多くは外来や救急外来での研修となる。
インフルエンザ（A）は救急外来を担当していれば、年間数例は確実に経験することになる。流行状況にも左右されるがノロウイルス感染症(A)も診療できる可能性が高い。麻疹(B)、風疹(B)、流行性耳下腺炎(B)、水痘(B)などはワクチンの普及に伴い減少してきていることや、主に小児科や皮膚科を受診するケースが多いことから間接的な経験となる可能性が高い。伝染性単核球症(B)は一般内科外来で、帯状疱疹(A)は救急外来で、サイトメガロウイルス感染症(B)や HIV 感染症(B)は病棟で診療する機会がある可能性があるが、全員に充足するほどにはなりえない。いずれにせよこの領域で 1 症例は困難ではない。

● 細菌感染症

尿路感染、肺炎、敗血症などは頻度の多い疾患であり、これらの原因菌とな

るブドウ球菌(A)、連鎖球菌(A)、グラム陰性腸内細菌群(A)を経験できるかどうかは、抗菌薬投与前に確実に細菌学的検査を提出できるかにかかっている。幸いに当院では救急外来などにおいて、グラム染色を行う習慣を持ち、血液培養を始めとして細菌学的検査を提出する傾向が強いため、これらの疾患を主治医として診療することは難しくない。グラム陰性球菌(A)、インフルエンザ菌感染症(A)、ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌群(A)はやや少ないが、グラム染色を漏れなく行うことで体験することはできる。嫌気性菌感染症(A)は嫌気性菌の関与が多い感染症として誤嚥性肺炎、胆道系感染症、消化管系感染症などで体験可能だが、嫌気性菌が実際培養から得られることは多くない。レジオネラ菌感染症(B)は希少疾患であり当院で経験するのは難しい。抗酸菌感染症(A)は主に呼吸器内科で診療することとなる。

●リケッチア感染症、クラミジア・クラミドフィラ・マイコプラズマ感染症、原虫スピロヘータ感染症など

この領域を主治医として担当するのはやや困難である。

クラミドフィラ・ニューモニエとマイコプラズマ感染症は稀な感染症ではないが、入院することが少ないので経験するとすれば外来となる。マイコプラズマは従来、2 週間後の抗体価上昇の確認が必要なことが多かったが、当院では LAMP 法導入に伴い、迅速に診断が可能となった。

クラミドフィラ・シッタシ(B)は全国で一年間に 20 例前後であり、体験することは難しい。クラミジア。トラコマティス(A)は救急外来で経験できる可能性があるが、全員は難しい。

原虫・スピロヘータ感染症など

希少疾患であり体験することは難しい。

アメーバ赤痢(C)、梅毒(B)、寄生虫疾患(B)は年間 1-2 例見られるため、一部経験することはできるが、十分ではない。

つつが虫病(C)、日本紅斑熱(C)、発疹チフス(C)、その他のリケッチア感染症(C)、コクシエラ感染症(C)、マラリア(C)、トキソプラズマ(C)、クリプトスポリジウム(C)、ライム病(C)、レプトスピラ症(C)、プリオン病(C)はは希少疾患であり，多くはレクチャーなど勉強する機会を通して研修する。

● 真菌感染症

アスペルギルス感染症(A)、クリプトコッカス感染症(B)、ニューモシスティス感染症(B)、は主に呼吸器内科、血液内科で経験することが出来る。カンジダ感染症(A)は食道カンジダにせよ、カンジダ血症にせよ、入院中に起ってくるので、全員が主治医となるのは容易でない可能性がある。輸入真菌症(C)は希少疾患であり難しい。

なお、感染症診療や感染制御を目指す内科医や感染症領域をより深く習得したい場合、感染制御部へのローテーションが可能である。感染制御部研修を選択する場合の研修は以下のとおりである。

【研修の目標】

外来及び入院患者の発熱に対して適切に対応する能力を育成する。前期研修において各科ローテーションや、救急診療の場面において、感染症の基本的な診療技術は身につけている事を前提として、各科からのコンサルテーション、輸入感染症診療支援、血液培養などの細菌検査の技能や情報を生かした感染症診療、Antimicrobial stewardship 推進業務、および院内感染対策を習得する。また感染症診療は患者や主治医とのコミュニケーションが重要であり、感染対策業務もＩＣＴチームや医療現場との共同作業が欠かせない。このような業務を行うことで、社会的な立ち居振る舞いのスキルを身につける、具体的には、患者や主治医の立場や気持ちを十分に汲みながら、適切な手を打てることを可能とする事も大事な目標である。

【研修の方法】

卒後 3 年目～5 年目までの 3 年間で「新・内科専門医制度研修カリキュラム」の感染症●疾患群をすべてカバーできるような研修とする。基本的に、各科からのコンサルタント業務、血液培養ラウンドや抗菌薬ラウンド、診療科カンファレンスなどへの参加と助言などを行う。また、結核や耐性菌保持患者の感染対策の立案と実行、ICT 活動への参加も行う。熱帯医学など希少な疾患に対しては、専門分野の研究会などで間接的に関わる機会を設けると同時に、連携施設での研修を行う。

【具体的な研修内容】

● 各科からのコンサルテーション

当院ではほぼすべての診療科からコンサルテーションの依頼がある。コンサルテーション数はばらつきが多いものの、一例もない日はほとんどなく、多い日は 10 例以上に上る。たいていの場合、フォローアップも必要なので、日々10 例前後の患者の経過を見ていくことになる。コンサルテーションを受けた場合、依頼医からの情報提供を受け、依頼医が何を求めているか理解する。その後、カルテの記録を十分に確認して、明らかにすべき点を整理する。診察を行う場合は原則として、医師の許可をとり、主治医―患者の信頼関係を壊さないように配慮する。複数のコンサルテーションを同時に受けた場合、重症度などを勘案して優先順位を付けて業務を遂行することになるが、少なくともすべてのコンサルテーションはそれを受けた日のうちに対応する。

● 血液培養ラウンド

8:15 より細菌検査室にて、その時点で判明している細菌検査結果を把握する。

特に新規の血液培養陽性例はその時点では菌種も不明であるが、緊急性や重症度の評価も含め、すべてカルテを確認する。その時点で病状に適切に対応していると判断した場合、血液培養のグラム染色像を見てから、主治医への連絡を行う。適切な診断や治療が行われていないと判断した場合には、直ちに主治医に連絡を取り、ディスカッションを行う。14：00 からは感染制御部で ICMT などの細菌検査技師と血液培養ラウンドを行う。血液培養ラウンドは菌種判明時、感受性判明時にも行い、少なくとも 1 カ月以上経過あるいは退院時点まで、週１回ペースでフォローアップを行う。状態が不安定な場合、適宜、フォローアップ回数を増やして対応する。

- Antimicrobial stewardship round

カルバペネムや抗緑膿菌作用を持つペニシリンなど広域スペクトラムを有する抗菌薬や MRSA 薬の使用が新たに開始された場合、薬剤部より情報提供があるので、それにそってカルテ回診を行う。カルテ回診では、十分な問診、身体診察、鑑別診断が行われているか、また想定されている感染症に対して、これらの薬剤を使用することが、患者にとって合理性があるかどうかを判断する。不明な点は主治医に積極的に聞く。また de-escalation や内服抗菌薬へのスイッチングでは、主治医がたびたび薬剤を変更しなくて済むように、あらかじめ、先を見て次の抗菌薬選択の指標を提示する。

- 感染制御部ミーティング

週 1 回のミーティングで、検出される病原体の種類や頻度の確認、抗菌薬の使われ方などの情報確認とディスカッションを行う。特に MRSA、耐性緑膿菌などの院内感染の原因菌となりうるグラム陰性桿菌、*Clostridium difficile*、結核、などの動向に注意し、アウトブレイクの予兆を速やかに見出し、適切な対策を立案、実行する。

- ICT ラウンド

医師や看護師、薬剤師など多くの職種で形成される ICT 活動に参加する。水回りや汚物室などの病棟でのリスク管理、気管支鏡や手術材料などの消毒滅菌管理、手指衛生など、標準予防策や感染経路別予防策の実施状況把握や指導などをメンバーと共同して行う。