近畿大学病院
内科専門研修プログラム
目次

1.近畿大学病院内科専門研修プログラムの概要・・・・・・・・・・・・・・・・・P.2
2.内科専門研修はどのように行われるのか・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.5
3.専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）・・・・・・・・・・P.8
4.各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得・・・・・・・・・・・・・P.9
5.学問的姿勢・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.9
6.医師に必要なコア・コンピテンシー，倫理性，社会性・・・・・・・・・・P.10
7.研修施設群によるプログラムおよび地域医療についての考え方・・・・・・・P.10
8.年次毎の研修計画・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.11
9.専門研修の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.13
10.専門研修プログラム管理委員会・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.14
11.専攻医の就業環境（労働管理）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.16
12.プログラムの改善方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.16
13.修了判定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.16
14.専攻医がプログラムの修了に向けて行うべきこと・・・・・・・・・・・・P.17
15.プログラムの施設群・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.17
16.専攻医の受け入れ数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.17
17.サブスペシャルティ領域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.17
18.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・・・・・P.17
19.専門研修指導医・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.18
20.専門研修実績記録システム，マニュアル等（J-OSLER）・・・・・・・・・P.18
21.研修に対するサイトビジット（訪問調査）・・・・・・・・・・・・・・・P.18
22.専攻医の採用と修了・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.18

（資料1－1,2）近畿大学病院内科専門研修プログラム研修コース・・・・・・・・・・・・・P.19-20
（資料2）内科専門研修において求められる「疾患群」「症例数」「病歴要約」につい て・・P.21
（資料3）近畿大学病院内科専門研修プログラム　専攻医研修マニュアル・・・・・・・・P.22-34
（資料4）近畿大学病院内科専門研修プログラム　指導医マニュアル・・・・・・・・・・P.35-40

1. 近畿大学病院内科専門研修プログラムの概要

○理念・使命・特性

①理念

1) 近畿大学病院内科専門研修プログラム（以下，本プログラム）は，大阪府南部医療圏の中心的な急性期病院である近畿大学病院を基幹施設として，府内医療圏や他県医療圏（奈良県，三重県，和歌山県，兵庫県，香川県，千葉県，東京都）にある連携施設における内科専門研修を経て大阪府や他都県の医療事情を理解し，地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練され，基本的臨床能力獲得後は必要に応じた可塑性のある内科専門医として大阪府全域を支える内科専門医の育成を行います.

2) 初期臨床研修を修了した内科専攻医は，本プログラム専門研修施設群での 3 年間（通常枠：基幹施設 2 年間＋連携施設 1 年間．連携枠：基幹施設 1 年 6 か月間＋連携施設 1 年 6 か月間）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，臓器別の内科系サブスペシャルティ分野の専門医にも共通して求められる基礎的な診療能力です．また，知識や技能に偏らずに，患者に人間性をもって接すると同時に，医師としてのプロフェッショナリズムとリサーチマインドの素養をも修得して可塑性が高く様々な環境下で全人的な内科医療を実践する先導者の持つ能力です．内科の専門研修では，幅広い疾患群を順次経験してゆくことによって，内科の基礎的診療を繰り返して学ぶとともに，疾患や病態に特異的な診療技術や患者の抱える多様な背景に配慮する経験とが加わることに特徴があります．そして，これらの経験を単に記録するのではなく，病歴要約として，科学的根拠や自己省察を含めて記載し，複数の指導医による指導を受けることによってリサーチマインドを備えつつも全人的医療を実践する能力を涵養することを可能とします.

②使命

1) 大阪府南部医療圏に限定せず，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.

③特性

1) 本プログラムは，大阪府南部医療圏の中心的な急性期病院である近畿大学病院を基幹施設として，府内医療圏，他県医療圏（奈良県，三重県，和歌山県，兵庫県，香川県，千葉県，東京都）にある連携施設における内科専門医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．**研修期間は基本的に通常枠：基幹施設 2 年間＋連携施設 1 年間，連携枠：基幹施設 1 年 6 か月間＋連携施設 1 年 6 か月間，の計 3 年間です**.

2) 本プログラムにおける研修では，症例をある時点で経験するということだけではなく，**主担当医として，入院から退院〈初診・入院～退院・通院〉まで可能な範囲で経時的に，診断・治療の流れを通じて，一人一人の患者の全身状態，社会的背景・療養環境調整をも包括する全人的医療を実践します**．そして，個々の患者に最適な医療を提供する計画を立て実行する能力の修得をもって目標への到達とします.

3) 基幹施設である近畿大学病院は，大阪府南部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) 基幹施設である近畿大学病院での 2 年間と連携施設 1 年間（連携枠専攻医は基幹施設 1 年 6 か月間+連携施設 1 年 6 か月間）で，「日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）」に定められた 70 疾患群のうち，少なくとも通算で 56 疾患群，120 症例以上を経験し，J-OSLER に登録できます．そして，専攻医 2 年修了時点から 3 年次にかけて，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（**項目 3～4** 参照）.

5) 本プログラム内科専門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 2 もしくは 3 年次における 1 年間（連携枠では専門研修の前半もしくは後半の 1 年 6 か月間），立場や地域における役割の異なる医療機関（連携施設）で研修を行うことによって，内科専門医に求められる役割を実践します.

6)　基幹施設である近畿大学病院での 2 年間と専門研修施設群での 1 年間とで（専攻医 3 年修了時），「J-OSLER」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，J-OSLER に登録できます．可能な限り，「J-OSLER」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（**項目 3～4，資料 2** 参照）．

④専門研修後の成果

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（ジェネラリティ）の専門医

4）総合内科的視点を持ったサブスペシャリスト

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，内科専門研修はその環境に応じた役割を果たすことができ，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．

本プログラム専門研修施設群での研修終了後はその成果として，内科医としてのプロフェッショナリズムの涵養とジェネラルなマインドを持ち，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，大阪府南部医療圏に限定せず，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，希望者はサブスペシャルティ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．

〇募集専攻医数

下記 1)～7）により，本プログラムで募集可能な内科専攻医数は 14 名とします．ただし，専門医機構，内科学会，大阪府などの協議で募集定員上限（シーリング）が定められる場合，通常枠（基幹施設 2 年間＋連携施設 1 年間），連携枠（基幹施設 1 年 6 か月間＋連携施設 1 年 6 か月間）に振り分けられて，各々の募集定員が決定されます．

1）近畿大学病院において卒後 3 年目で内科系講座に入局した専攻医は過去 3 年間併せて 48 名で，1 学年約 14～16 名の実績があります．

2）剖検体数は 2024 年で内科 15 体でした．連携施設での症例も含めると，1 学年 14 名に対し剖検症例経験は可能と考えますが，日本内科学会の COVID-19 緩和措置（剖検症例に代わる経験症例の入力）も発表されています．

表. 近畿大学病院 診療科別診療実績

2025 年実績	退院患者実数（人/年）	外来延患者数（延人数/年）
消化器内科	3,399	48,377
循環器内科	1,794	24,566
内分泌・代謝・糖尿病内科	408	25,553
腎臓内科	335	11,706
呼吸器・アレルギー内科	848	19,408
脳神経内科	264	15,229
血液・膠原病内科	1,168	34,719
腫瘍内科	1,368	27,372
ER 内科	234	6,145

3) 入院患者が少なめの領域がありますが，外来患者診療を含めることで，14 名に対し十分な症例を経験可能です.

4) 経験すべき領域には，各々の専門医資格を有する内科指導医が多数在籍しています.

5) 1 学年 14 名の専攻医であれば，専攻医 2 年修了時に「J-OSLER」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.

6) 連携施設には，特定機能病院 1 施設，地域医療支援病院 15 施設および一般病院 9 施設，計 25 施設あり，専攻医のさまざまな希望・将来像に対応可能です．専門医機構からプログラムにおける地域貢献率を満たすことが求められており，そのため通常枠のうち一定程度の専攻医はシーリングのかかっていない県の連携施設で研修します．また，連携枠専攻医は 3 年の研修期間のうち半分の 1 年 6 か月間はシーリングのかかっていない県の連携施設で研修します.

7) 専攻医 3 年修了時に「J-OSLER」に定められた少なくとも 56 疾患群，120 症例以上の診療経験は達成可能です.

2. 内科専門研修はどのように行われるのか

1) 研修段階の定義：内科専門医は 2 年間の初期臨床研修後に設けられた専門研修（専攻医研修）3 年間の研修で育成されます.

2) 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断能力・資質・態度と日本内科学会が定める「内科専門研修カリキュラム」
（http://www.naika.or.jp/nintei/shinseido2018-2/curriculum2017/）
に基づいて内科専門医に求められる知識・技能の修得目標を設定し，基本科目修了の終わりに達成度を評価します．具体的な評価方法は後の項目で示します.

3) 臨床現場での学習：日本内科学会は内科領域を 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（**資料 2 参照**）.

〇専門研修 1 年目

・症例：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち，20 疾患群以上を経験し，J-OSLER に登録する.

・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，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.

〇専門研修 2 年目

・疾患：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち，通算で 45 疾患群，120 症例以上を（できるだけ均等に）経験し，29 症例の病歴要約を J-OSLER に登録することを目標とする.

・技能：疾患の診断と治療に必要な身体診察，検査所見解釈，および治療方針決定を指導医の監督下で行うことができる.

・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う．専門研修 1 年次に行った評価についての省察と改善とが図られたか否かを指導医がフィードバックする.

〇専門研修 3 年目

・疾患：主担当医として，カリキュラムに定める全 70 疾患群，計 200 症例の経験を目標とする．但し，修了要件はカリキュラムに定める 56 疾患群，そして 160 症例以上（外来症例は 1 割まで含むことができる）とする．この経験症例内容を J-OSLER へ登録する．プログラム内で一次評価を終えた病歴要約は，日本内科学会病歴要約評価ボードによる査読を受ける（二次評価）.

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

・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う．専門研修 2 年次に行った評価についての省察と改善とが図られたか否かを指導医がフィードバックする．また，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，さらなる改善を図る.

各内科で独自の週間スケジュールが定められています.

以下に，近畿大学病院 循環器内科における，本プログラムの週間スケジュール例を示します.

〈近畿大学病院内科専門研修プログラムの週間スケジュール：循環器内科の例〉

（ピンク部分は特に教育的な行事を表しています）

<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="3">午前</td><td colspan="3">受持患者情報の把握</td><td>医局会</td><td>受持患者情報の
把握</td><td rowspan="2">モーニング
セミナー
（年 3 回）
心電図判読
セミナー
（月 1 回）</td></tr>
<tr><td colspan="3">モーニングカンファレンス
チーム回診</td><td>カテーテルカ
ンファレンス
（10 時まで）</td><td>心電図セミナー
・
チーム回診</td></tr>
<tr><td>病棟</td><td>一般外来
学生・初期研
修医の指導</td><td>病棟</td><td>総回診</td><td>病棟</td><td rowspan="5">週末日直
（2/月）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">午後</td><td rowspan="2">病棟
・
学生・初期研修
医の指導</td><td rowspan="2">緊急当番</td><td>専門外来</td><td>病棟
・
学生・初期研
修医の指導</td><td rowspan="2">症例検討会
・
カテーテル
検査前カンファ
レンス</td></tr>
<tr><td>エコーハンズ
オンセミナー</td><td>CPC
（1/月）</td></tr>
<tr><td colspan="4">患者申し送り</td></tr>
<tr><td>心臓血管外科
との
カンファレンス
・
抄読会
研究発表会</td><td></td><td></td><td></td><td>Weekly summary
discussion</td></tr>
<tr><td colspan="5">当直（1/週）</td></tr>
</table>

なお，J-OSLER の登録内容と適切な経験と知識の修得状況は指導医によって承認される必要があります.

〇専門研修 1～3 年間を通じて行う現場での経験

①:専攻医 2 年目以降から初診を含む外来(1 回／週以上)を通算で 6 か月以上行うこと.

②：当直を経験すること.

4) 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モーニングセミナーやイブニング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.

5) 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または IT 教室に設備を準備します．また，日本内科学会雑誌の MCQ やセルフトレーニング問題を解き，内科全領域の知識のアップデートの確認手段とします．週に 1 回，指導医との Weekly summary discussion を行い，その際，当該週の自己学習結果を指導医が評価し，J-OSLER に記載します．

6) サブスペシャルティ研修：それぞれの専門医像に応じた研修を準備しています（**項目 17** を参照）．

3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1）3 年間の専攻医研修期間で，以下に示す内科専門医受験資格を完了することとします．

① 70 に分類された各カテゴリーのうち，最低 56 のカテゴリーから 1 例を経験すること．

② J-OSLER へ症例(定められた 200 例のうち，最低 160 例)を登録し，それを指導医が確認・評価すること．

③ 登録された症例のうち，29 症例を病歴要約にまとめて日本内科学会病歴要約評価ボードへ提出し，査読委員からアクセプトの判定をもらうこと．

④ 技能・態度：内科領域全般について診断と治療に必要な身体診察，検査所見解釈，および治療方針を決定する能力，基本領域専門医としてふさわしい態度，プロフェッショナリズム，自己学習能力を修得すること．なお，修得すべき疾患，技能，態度については多岐にわたるため，J-OSLER を参照してください．

2）専門知識について

内科専門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．**近畿大学病院には 10 の内科系診療科があり（循環器内科，消化器内科，内分泌・代謝・糖尿病内科，血液・膠原病内科，腎臓内科，腫瘍内科，呼吸器・アレルギー内科，脳神経内科，脳卒中センター，ER 内科）**，これらの診療科が複数領域も担当しています．また，救急疾患は各診療科と ER 科によって管理されており，**近畿大学病院においては内科領域全般の疾患を網羅できる体制が敷かれています．**さらに連携施設の近畿大学奈良病院，くしもと町立病院，済生会富田林病院，育和会記念病院，清恵会病院，岡波総合病院，PL 病院，城山病院，馬場記念病院，橋本市民病院，和泉市立総合医療センター，大阪南医療センター，岸和田市民病院，紀和病院，和歌山県立医科大学附属病院，府中病院，大阪赤十字病院，耳原総合病院，天理よろづ相談所病院，神戸市立医療センター中央市民病院，公立豊岡病院，高松赤十字病院，亀田総合病院，がん・感染症センター都立駒込病院，奈良県立医科大学附属病院，大阪府済生会泉尾病院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，地域または府外病院での研修を通じて幅広い活動を推奨します．

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

近畿大学病院での研修体制について記します.

1) モーニングカンファレンス・チーム回診：
朝，患者申し送りを行い，チーム回診を行って指導医からフィードバックを受け，指摘された課題について学習を進めます.

2) 総回診：
受持患者について教授をはじめとした指導医陣に報告してフィードバックを受けます．受持以外の症例についても見識を深めます.

3) 症例検討会（毎週）：
診断・治療困難例，臨床研究症例などについて専攻医が報告し，指導医からのフィードバック，質疑などを行います.

4) 診療手技セミナー（毎週）：
例：心臓エコーを用いて診療スキルの実践的なトレーニングを行います.

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

6) 関連診療科との合同カンファレンス:
関連診療科と合同で，患者の治療方針について検討し，内科専門医のプロフェッショナリズムについても学びます.

7) 抄読会・研究報告会（毎週）：
受持症例等に関する論文概要を口頭説明し，意見交換を行います．研究報告会では講座で行われている研究について討論を行い，学識を深め，国際性や医師の社会的責任について学びます.

8) Weekly summary discussion：
週に1回指導医と行い，その際，当該週の自己学習結果を指導医が評価し，J-OSLERに記載します.

9) 医学生・初期臨床研修医・後輩内科専攻医に対する指導：
病棟や外来で医学生･初期臨床研修医・後輩内科専攻医を指導します.
後輩を指導することは，自分の知識を整理・確認することにつながることから，当プログラムでは，専攻医の重要な取り組みと位置づけています.

5. 学問的姿勢

患者から学ぶという姿勢を基本とし，科学的な根拠に基づいた診断，治療を行います(Evidence Based Medicineの精神）．最新の知識，技能を常にアップデートし，生涯を通して学び続ける習慣を作ります．また，日頃の診療で得た疑問や発想を科学的に追求するため，症例報告あるいは研究発表を奨励します．論文の作成は科学的思考や病態に対する深い洞察力を磨くために極めて重要なことであり，内外へ広く情報発信する姿勢も高く評価されます.

6. 医師に必要なコア・コンピテンシー，倫理性，社会性

コンピテンシーとは，知識，技能，態度が複合された能力を指します．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．本プログラムでは，患者への診療を通して医療現場からコア・コンピテンシーを学びます．

近畿大学病院（基幹病院）において症例経験や技術習得に関して，単独で履修可能であっても，連携施設において地域住民に密着し，病病連携や病診連携を依頼する立場を経験することは重要であるため，地域医療を実施します．そのため連携施設での研修を行い，全てのコースにおいてその経験を積みます（詳細は**項目 7～8** を参照してください）．

地域医療を経験するため，全てのコースにおいて連携施設（近畿大学奈良病院，くしもと町立病院，済生会富田林病院，育和会記念病院，清恵会病院，岡波総合病院，PL病院，城山病院，馬場記念病院，橋本市民病院，和泉市立総合医療センター，大阪南医療センター，岸和田市民病院，紀和病院，和歌山県立医科大学附属病院，府中病院，大阪赤十字病院，耳原総合病院，天理よろづ相談所病院，神戸市立医療センター中央市民病院，公立豊岡病院，高松赤十字病院，亀田総合病院，がん・感染症センター都立駒込病院，奈良県立医科大学附属病院，大阪府済生会泉尾病院）での研修期間を設けています．連携施設では，基幹施設で研修不十分となる領域を主として研修します．入院症例だけではなく外来での基本となる能力，知識，スキル，行動の組み合わせ獲得を目指します．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．

基幹施設，連携施設を問わず，患者への診療を通して，医療現場から学ぶ姿勢の重要性を知ることができます．インフォームド・コンセントを取得する際には上級医に同伴し，接遇態度，患者への説明，予備知識の重要性などについて学習します．医療チームの重要な一員としての責務（患者の診療，カルテ記載，病状説明など）を果たし，リーダーシップをとれる能力を獲得できるようにします．また，医学生・初期臨床研修医・後輩内科専攻医に対する教育，指導を行います．

医療安全と院内感染対策を十分に理解するため，年に 2 回以上の医療安全講習会，感染対策講習会に出席します．出席回数は常時登録され，年度末近くになると受講履歴が個人にフィードバックされ，不足する場合は受講を促されます．

7. 研修施設群によるプログラムおよび地域医療についての考え方

1）近畿大学病院（基幹施設）において症例経験や技術習得に関して，単独で履修可能であっても，地域医療を実施するため連携施設での研修を行い，全てのコースにおいてその経験を積みます（詳細は**項目 7～8** と**資料 1** を参照のこと）

2）地域医療を経験するため，以下の連携施設での研修期間を設けています．

大阪府：　大阪府済生会 富田林病院
医療法人育和会 育和会記念病院
社会医療法人清恵会 清恵会病院
医療法人宝生会 PL 病院
医療法人春秋会 城山病院
社会医療法人ペガサス 馬場記念病院

和泉市立総合医療センター
国立病院機構 大阪南医療センター
社会医療法人生長会 府中病院
岸和田市民病院
大阪赤十字病院
社会医療法人同仁会 耳原総合病院
大阪府済生会泉尾病院

奈良県： 近畿大学奈良病院
公益財団法人 天理よろづ相談所病院
奈良県立医科大学附属病院

三重県： 社会医療法人畿内会 岡波総合病院

和歌山県：くしもと町立病院
橋本市民病院
医療法人南労会 紀和病院
和歌山県立医科大学附属病院

兵庫県： 神戸市立医療センター中央市民病院
公立豊岡病院

香川県： 高松赤十字病院

東京都： がん・感染症センター都立駒込病院

千葉県: 医療法人鉄蕉会亀田総合病院

連携施設のいずれかで研修を行うことで，人的資源の集中を避け，派遣先の医療レベル維持に貢献できます．連携施設では基幹施設で研修不十分となる領域を主として研修します．
入院症例だけでなく外来での経験を積み，施設内で開催されるセミナーへ参加します．

3) くしもと町立病院は，本プログラム連携施設のうち，「へき地医療」を担っている地域中核病院です．へき地医療では，地域住人の健康問題を解決するために必要な多科にまたがる総合的診療能力・知識をもったプライマリケアが必要とされます．
くしもと町立病院では，都心部の医療施設では学べないようなプライマリケアを経験することができますので，本プログラムの目指す内科専門医像である，地域医療におけるかかりつけ医や内科系救急医療専門医，病院での総合内科（ジェネラリティ）専門医のみならず，総合内科的視点を持ったサブスペシャリスト育成にも寄与するものと考えます．

4) 地域における指導の質および評価の正確さを担保するため，常にメールなどを通じて近畿大学病院総合医学教育研修センターと連絡ができる環境を整備し，月に 1 回，指定日に基幹病院を訪れ，指導医と面談し，プログラムの進捗状況を報告します．

8. 年次毎の研修計画

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の 3 つのコース，**①内科基本コース，②各科重点コース（1 年型），③各科重点コース（2 年型）**を準備しています．**コース選択後も条件を満たせば他のコースへの移行も認められます．**

サブスペシャルティが未決定，または高度な総合内科専門医を目指す場合は**①内科基本コース**を選択します．専攻医は各内科部門ではなく，近畿大学病院総合医学教育研修センターに所属し，2 年間で各内科や内科臨床に関連ある救急部門などを 3 か月毎にローテートして，1 年間は連携病院で研修します（複数施設の場合，1 か所につき最低 3 か月間は在籍）．

将来のサブスペシャルティが決定している専攻医はプログラム管理委員会管轄のもと，希望するサブスペシャルティ科に所属の上，**②各科重点コース（1 年型）**もしくは**③各科重点コース（2 年型）**を選択し，各内科を原則として 1〜2 か月毎にローテーションし，1 年間は連携病院で研修します（複数施設の場合，1 か所につき最低 6 か月間は在籍）．

なお，連携枠専攻医は 1 年 6 か月間ずつ基幹施設（近畿大学病院）とシーリングのかかっていない県の連携施設で研修しますが，通算で各科重点コース 1 年型および 2 年型と同様のローテーションを行います．

いずれのコースを選択しても遅滞なく内科専門医受験資格を得られるように工夫されており，専攻医は卒後 5 年で内科専門医，卒後 6-8 年でサブスペシャルティ領域の専門医取得ができます．

①内科基本コース（資料 1-1）

内科（ジェネラルティ）専門医は勿論のこと，将来，内科指導医や高度なジェネラリストを目指す方も含まれます．将来のサブスペシャルティが未定な場合に選択することもあり得ます．内科基本コースは内科の領域を偏りなく学ぶことを目的としたコースであり，専攻医研修期間の 3 年間において内科領域を担当する全ての科をローテーションします．原則として 3 か月を 1 単位として，1 年間に 4 科，3 年間で延べ 8 科を基幹施設でローテーションします．3 年目は地域医療の経験と症例数が充足していない領域を重点的に連携施設で研修します．**コースの途中で各科重点コースに移行することは可能です．**

連携施設としては近畿大学奈良病院，くしもと町立病院，済生会富田林病院，育和会記念病院，清恵会病院，岡波総合病院，PL 病院，城山病院，馬場記念病院，橋本市民病院，和泉市立総合医療センター，大阪南医療センター，岸和田市民病院，紀和病院，和歌山県立医科大学附属病院，府中病院，大阪赤十字病院，耳原総合病院，天理よろづ相談所病院，神戸市立医療センター中央市民病院，公立豊岡病院，高松赤十字病院，都立駒込病院，亀田総合病院，奈良県立医科大学附属病院，大阪府済生会泉尾病院で病院群を形成し，いずれかを 1 年間ローテーションします（複数施設の場合，1 か所につき最低 3 か月間は在籍）．地域住民に密着した地域医療実践のために，府外の連携施設での研修が推奨されます．研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，プログラム統括責任者が決定します．

②各科重点コース（1 年型）（資料 1-2）

希望するサブスペシャルティ領域を 1 年間重点的に研修するコースです．

研修開始直後の 4 か月間は希望するサブスペシャルティ科にて初期トレーニングを行います．この期間，専攻医は将来希望するサブスペシャルティ科において理想的医師像とする指導医や上級医師から，内科医としての基本姿勢のみならず，目指す領域での知識，技術を学習することによ

り，内科専門医取得へのモチベーションを強化することができます．その後，1～2 か月間を基本として他内科（場合によっては連携施設での他内科・プライマリケア・サブスペシャルティ科研修を含む）をローテーションします．研修 3 年目には希望するサブスペシャルティ科で研修しますが，その中には連携病院での当該科研修も含まれます．経験すべき他内科の症例が不足する場合，この連携病院で不足分を並行して研修することも可能です．連携病院での研修は，3 年間のうち 1 年間以上となります．研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，希望するサブスペシャルティ科の責任者とプログラム統括責任者が協議して決定します（場合によっては，くしもと町立病院でのプライマリケア研修も含みます）．サブスペシャルティ領域との連動研修は日本専門医機構や各サブスペシャルティ領域整備基準に従って行うことができます．

③各科重点コース（2 年型）（資料 1-2）

希望するサブスペシャルティ領域をさらに重点的に（2 年間）研修するコースです．本コースは，内科専門研修開始前に修了要件の 160 症例のうち，80 症例を経験していることが望まれます．研修開始直後の 2 か月間は希望するサブスペシャルティ科にて初期トレーニングを行います．この期間は「各科重点コース 1 年型」と同様に，専攻医は将来希望するサブスペシャルティ科において理想的医師像とする指導医や上級医師から，内科医としての基本姿勢のみならず，目指す領域での知識，技術を学習することにより，内科専門医取得へのモチベーションを強化することができます．その後，他内科（場合によっては，くしもと町立病院でのプライマリケア研修を含む）を 1～2 か月間**（弾力的に運用）**ローテーションし，研修 2 年目からは希望するサブスペシャルティ科で研修します．2，3 年目の間で 1 年間以上は連携施設におけるサブスペシャルティ科研修を行いますが，他内科症例の経験が不足する場合は，その研修も並行して行うことができます．また，研修 1 年目修了時点で経験症例が不足する場合は，2 年目も他内科ローテーションを行うことができます．なお，割り当てられた他内科のローテーションは，既にその分野の修了条件を満たしている（あるいはその見込みである）場合は行わなくても可とします．サブスペシャルティ領域との連動研修は日本専門医機構や各サブスペシャルティ領域整備基準に従って行うことができます．

9. 専門研修の評価

①形成的評価（指導医の役割）

担当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ます．病歴担当指導医（担当指導医が兼ねることもできます）は，病歴要約（一次評価）の作成についても指導します．また，担当指導医は技術・技能についての評価も行います．年に 1 回以上，目標の達成度や各指導医・メディカルスタッフの評価に基づき，研修責任者は専攻医の研修の進行状況の把握と評価を行い，適切な助言を行います．総合医学教育研修センターは指導医のサポートと評価プロセスの進捗状況についても追跡し，必要に応じて指導医へ連絡を取り，評価の遅延がないようにリマインドを適宜行います．

②総括的評価

専門研修 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．29 例の病歴要約のアクセプト，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る研修プログラムの修了判定が行われます．研修終了翌年度，内科専門医試験に合格して，内科専門医の資格を取得します．

③研修態度の評価

指導医や上級医のみでなく，メディカルスタッフ（病棟看護長，看護師，薬剤師，臨床検査技師，診療放射線技師，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，毎年 9 月と 3 月に評価します．評価法については J-OSLER に準拠します．

④ベスト専攻医賞の選考

プログラム管理委員会と総括責任者はプログラム委員会の定めた期日内に修了申請を行い修了認定を受けた専攻医のうち，上記の評価，並びに経験症例数，病歴要約の内容を基にベスト専攻医賞を専攻医研修修了時に原則 1 名選出し，表彰状を授与します．

⑤専攻医による自己評価とプログラムの評価

日々の診療・教育的行事において指導医から受けたアドバイス・フィードバックに基づき，Weekly summary discussion を行い，研修上の問題点や悩み，研修の進め方，キャリア形成などについて考える機会を持ちます．毎年 3 月に現行プログラムに関するアンケート調査を行い，専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し，次期プログラムの改訂の参考とします．アンケート用紙は別途定めます．

10. 専門研修プログラム管理委員会

プログラム管理運営体制

本プログラムを履修する内科専攻医の研修について責任を持って管理するプログラム管理委員会を近畿大学病院に設置し，その委員長と各内科から 1 名ずつ管理委員を選任します．

◎プログラム管理委員会

委員長：　平野　牧人（近畿大学病院　脳神経内科　教授）
副委員長：馬場谷　成（近畿大学病院　代謝・内分泌・糖尿病内科　准教授）
委　　員：三井　良之（近畿大学病院　医学部教育センター　副センター長　教授）
丸山　将広（近畿大学病院　循環器内科　医学部講師）
渡邉　智裕（近畿大学病院　消化器内科　准教授）
芹澤憲太郎（近畿大学病院　血液・膠原病内科　講師）
志賀　俊彦（近畿大学病院　血液・膠原病内科　医学部講師）
坂口　美佳（近畿大学病院　腎臓内科　講師）
田中　　薫（近畿大学病院　腫瘍内科　准教授）

桑原　　基（近畿大学病院　脳神経内科　講師）
佐野安希子（近畿大学病院　呼吸器・アレルギー内科　講師）
田中　寛大（近畿大学病院　脳卒中センター　講師）
ｵﾌﾞｻﾞｰﾊﾞｰ　:東田　有智（近畿大学病院　病院長）
松村　到　（近畿大学学長，近畿大学病院　血液・膠原病内科　教授）

プログラム管理委員会の下部組織として，基幹病院および連携施設に専攻医の研修を管理する研修委員会を置き，委員長が統括します.

◎研修委員会

委員長：平野　牧人（脳神経内科　教授）
委　員：丸山　将広（循環器内科　医学部講師）
馬場谷　成（代謝・内分泌・糖尿病内科　准教授）
渡邊　智裕（消化器内科　准教授）
芹澤憲太郎（血液・膠原病内科　講師）
志賀　俊彦（血液・膠原病内科　医学部講師）
坂口　美佳（腎臓内科　講師）
田中　　薫（腫瘍内科　准教授）
桑原　　基（脳神経内科　講師）
佐野安希子（呼吸器・アレルギー内科　講師）
オブザーバー：
東田　有智（病院長）
三井　良之（医学部教育センター　副センター長　教授）

・近畿大学奈良病院　　委員長：花本　仁
・くしもと町立病院　　委員長：阪本　繁
・大阪府済生会 富田林病院　　委員長：窪田　剛
・医療法人育和会 育和会病院　委員長：吉村　隆喜
・社会医療法人清恵会 清恵会病院　　委員長：藤田　一彦
・社会医療法人畿内会 岡波総合病院　委員長：猪木　達
・医療法人宝生会 PL 病院　　委員長：松田　光弘
・医療法人春秋会 城山病院　　委員長：東野　健
・社会医療法人ペガサス 馬場記念病院　　委員長：北口　正孝
・橋本市民病院　　委員長：駿田　直俊
・和泉市立総合医療センター　委員長：大野　恭裕
・国立病院機構 大阪南医療センター　委員長：工藤　慶太
・岸和田市民病院　委員長：花岡　郁子
・医療法人南労会 紀和病院　委員長：居平　典久
・和歌山県立医科大学附属病院　委員長：園木　孝志
・社会医療法人生長会 府中病院　委員長：田口　晴之

・大阪赤十字病　委員長：林　富士男
・社会医療法人同仁会 耳原総合病院　委員長：川口　真弓
・公益財団法人 天理よろづ相談所病院　委員長：田口　善夫
・神戸市立医療センター中央市民病院　委員長：富井　啓介
・公立豊岡病院　委員長：中治　仁志
・高松赤十字病院　委員長：山本　晃義
・都立駒込病院　委員長：岡本　朋
・亀田総合病院　委員長：瀬戸口　京吾
・奈良県立医科大学附属病院　委員長：
・大阪府済生会泉尾病院　委員長：

11. 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，労働基準法を順守し，近畿大学の「※専攻医就業規則及び給与規則」に従います．専攻医の心身の健康維持の配慮については各施設の研修委員会と労働安全衛生委員会で管理します．特に精神衛生上の問題点が疑われる場合は臨床心理士によるカウンセリングを行います．専攻医は採用時に上記の労働環境，労働安全，勤務条件の説明を受けます．プログラム管理委員会では各施設における労働環境，労働安全，勤務に関して報告を受け，これらの事項について総括的に評価します．

12. プログラムの改善方法

3 か月毎にプログラム管理委員会を近畿大学病院にて開催し，本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．

日本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．

13. 修了判定

J-OSLER に以下のすべてが登録され，かつ担当指導医が承認していることをプログラム管理委員会が確認して修了判定会議を行います．

1) 修了認定には，主担当医として通算で最低 56 疾患群以上の経験と計 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る）を経験し，登録しなければならない．
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) 内科系の学術集会や企画に年 2 回以上参加
5) JMECC 受講

6) プログラムで定める講習会受講(年 2 回以上)

7) 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.

14. 専攻医がプログラムの修了に向けて行うべきこと

プログラム管理委員会は専攻医 3 年目の 3 月末までに修了判定を行い，研修証明書を専攻医に送付します．専攻医は日本内科学会に内科専門医資格認定試験受験の申請を行ってください.

15. プログラムの施設群

近畿大学病院が基幹施設となり，連携施設としては近畿大学奈良病院，くしもと町立病院，済生会富田林病院，育和会記念病院，清恵会病院，岡波総合病院，PL 病院，城山病院，馬場記念病院，橋本市民病院，和泉市立総合医療センター，大阪南医療センター，岸和田市民病院，紀和病院，和歌山県立医科大学附属病院，府中病院，大阪赤十字病院，耳原総合病院，天理よろづ相談所病院，神戸市立医療センター中央市民病院，公立豊岡病院，高松赤十字病院，がん・感染症センター都立駒込病院，亀田総合病院，奈良県立医科大学附属病院，大阪府済生会泉尾病院など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.

16. 専攻医の受入数

近畿大学病院内科専門研修プログラムにおける専攻医の上限（学年分）は 14 名です．また，指導医 1 人が担当できる専攻医の上限は 3 名です（サブスペシャルティ領域も含めて).

17. サブスペシャルティ領域

内科専攻医になる時点で将来目指すサブスペシャルティ領域が決定していれば，各科重点コース（1 年型もしくは 2 年型）を選択することになります．基本コースを選択していても，条件が満たせば 3 年目は各科重点コースに移行することも可能です．各科重点コースでは専門医機構に承認された各サブスペシャルティ領域の整備基準に従って，内科専門研修と連動研修（例えば循環器内科領域専門研修）が行えます.

18. 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 か月とし，研修期間内の調整で不足分を補うこととします．6 か月以上の休止の場合は，未修了とみなし，不足分を予定修了日以降に補うこととします．また，疾病による場合も同じ扱いとします.

2) 研修中に居住地の移動，その他の事情により，研修開始施設での研修続行が困難になった場合は，移動先の基幹研修施設において研修を続行できます．その際，移動前と移動先の両プログラム管理委員会が協議して調整されたプログラムを摘要します．この一連の経緯は日本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.

19. 専門研修指導医

指導医は下記の基準を満たした内科専門医です．専攻医を指導し，評価を行います．

【必須要件】

1. 総合内科専門医を取得していること．
2. 専門医取得後に臨床研究論文（症例報告含む）を発表する．
   （「First author」もしくは「Corresponding author」であること）．もしくは学位を有していること ．
3. 厚生労働省もしくは学会主催の指導医講習会を修了していること．
4. 内科医師として十分な診療経験を有すること．

【選択とされる要件（下記の 1，2 いずれかを満たすこと)】

1. CPC，CC，学術集会（医師会含む）などへ主導的立場として関与・参加すること．
2. 日本内科学会での教育活動（病歴要約の査読，JMECC のインストラクターなど）．

※但し，当初は指導医の数も多く見込めないことから，臨床経験 7 年以上（初期研修からカウント）で「認定内科医」を有し，業績発表（過去 5 年間で 3 編以上あること．共著者・共同研究者でも可．商業紙は不可）を有し，研修プログラムに参加している施設で常勤（週 4 日以上，週 32 時間以上の勤務）している（勤務時間が十分であれば，雇用契約上は非常勤でも可）医師は，2026 年までの暫定措置として内科指導医に登録できます．

20. 専門研修実績記録システム，マニュアル等（J-OSLER）

内科専門医研修は**別添の専攻医研修マニュアル**にもとづいて行われます．専攻医は J-OSLER に研修実績を登録し，指導医より評価およびフィードバックを受けます．総括的評価は内科専門研修カリキュラムに則り，少なくとも年 1 回行います．

21. 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．

22. 専攻医の採用と修了

1）採用方法

本プログラム専攻医希望者は日本専門医機構の「専攻医登録・応募」に登録し，当プログラム管理委員長宛に所定の形式の『近畿大学病院内科専門研修プログラム応募申請書』および履歴書を郵送または提出してください．

(1) 近畿大学病院総合医学教育研修センターのウエブサイト
(http://www.gmect.jp/sayama/second-program/specialist.html)よりダウンロード

(2)電話で問い合わせ(072-288-7222)

(3) e-mail で問い合わせ（kensyui@med.kindai.ac.jp）

のいずれの方法でも入手可能です．

締め切りは令和 8(2026)年 10 月中旬ころを予定しています（ただし，日本専門医機構の採用スケジュールにより変更することあり）.
その後，日本専門医機構の採用スケジュールに従って書類選考および面接を行い，採否（通常枠か連携枠かも含めて）を決定して本人に通知します．応募者および選考結果については本プログラム管理委員会において報告します.

2) 研修開始届け

研修を開始した専攻医は，初年度の 4 月末日までに以下の専攻医氏名報告書を，本プログラム管理委員会(kensyui@med.kindai.ac.jp)に提出します.

・専攻医の氏名と医籍登録番号，日本内科学会会員番号，専攻医の卒業年度
・専攻医の履歴書（様式 15-3 号）
・専攻医の初期臨床研修修了登録証
・また，J-OSLER にも登録します.

3) 研修の修了

全プログラム終了後，プログラム管理委員長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．点検の対象となる書類(J-OSLER より書類化する)は以下の通りです.

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

書類点検で問題のあった事項については面接が行われることがあります.
以上の審査により，内科専門医として適格と判定された場合は，研修修了となり，修了証が発行されます.

資料１－１

① 内科基本コース例

<table>
<tr><th colspan="13">内科基本コース</th></tr>
<tr><td>専攻医
研修</td><td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1年目</td><td colspan="3">呼吸器･アレルギー</td><td colspan="3">神経</td><td colspan="3">腎臓</td><td colspan="3">消化器</td></tr>
<tr><td colspan="12">1回/月のプライマリケア当直研修を行う（プログラムの要件）
1年目にJMECCを受講(プログラムの要件)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2年目</td><td colspan="4">腫瘍</td><td colspan="3">循環器</td><td colspan="3">血液･膠原病</td><td colspan="3">内分泌･代謝･糖尿病</td></tr>
<tr><td colspan="9"></td><td colspan="3">内科専門医取得のための病歴提出</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3年目</td><td colspan="12">連携施設</td></tr>
<tr><td colspan="6">初診＋再診外来　週に1回担当(プログラムの要件)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="6">(3年目までに外来研修を終了できることを明記)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="3">そのほかプログラムの要件</td><td colspan="10">安全管理セミナー，感染セミナーの年2回の受講，CPCの受講</td></tr>
</table>

※本コースでは連携施設での研修を 3 年目としていますが，連携施設での研修を何年目に
行うのかはプログラムの任意となります．（最終的に修了要件を満たすことが重要です）

資料１－２

② 各科重点コース例（1 年型：サブスペシャルティを重点的に 1 年間研修するコース）

<table>
<tr><th colspan="13">例） 循環器内科をサブスペシャルティにした場合の各科重点コース(1年型)</th></tr>
<tr><td>専攻医研修</td><td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1年目</td><td colspan="4">循環器内科にて初期トレーニング（基幹施設）</td><td colspan="2">他内科1（基幹施設）</td><td colspan="2">他内科2（基幹施設）</td><td colspan="2">他内科3（基幹施設）</td><td colspan="2">他内科4（基幹施設）</td></tr>
<tr><td colspan="12">1回/月のプライマリケア当直研修を行う（プログラムの要件）
1年目にJMECCを受講（プログラムの要件）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2年目</td><td colspan="12">連携施設（内科専門研修）</td></tr>
<tr><td colspan="10"></td><td colspan="2">内科専門医取得のための病歴提出準備</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3年目</td><td colspan="12">・循環器内科（基幹施設）
・経験症例が不足する場合は，他科ローテーションも行える</td></tr>
<tr><td colspan="6">初診＋再診外来 週に1回担当(プログラムの要件)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="3">そのほかプログラムの要件</td><td colspan="10">安全管理セミナー，感染セミナーの年2回の受講，CPCの受講</td></tr>
<tr><td>他科ローテーションについて</td><td colspan="12">最初の4か月間は所属科(サブスペシャルティ科)にて基本的トレーニングを受けます．その後，他内科を原則として各2か月間ローテーションします．ローテーションの順序は研修センターが決定します．2年目は連携施設で研修します．3年目は基幹施設のサブスペシャルティ科で研修しますが，充足状況などを勘案し，不足科をローテーションできます．連携施設での研修期間は1年間になり，内科専門研修を行います．ローテーション中は当該科の指導医が研修指導します．2年目の途中でプログラム修了に要求される経験が十分であるとプログラム管理委員会で判断された場合は，サブスペシャルティ科での研修に移行できます．</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="12">他の内科ローテーション中は当該科の当直をします．入局先の検査や業務（循環器内科ではTMT，RI，陪席，緊急当番など）は他科ローテーション中は免除します．大学院進学のケースも本コースで考慮します．大学院籍は専門医制度と紐づいているわけではありません．そのため，大学院在籍時も通常の専攻研修と同様のプログラム内容が研修できる限りにおいては，その症例と経験実績が研修期間として認められます．</td></tr>
</table>

③ 各科重点コース例（2 年型：サブスペシャルティを重点的に 2 年間研修するコース）

<table>
<tr><th colspan="13">例） 循環器内科をサブスペシャルティとした場合の各科重点コース(2年型)</th></tr>
<tr><td>専攻医研修</td><td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1年目</td><td colspan="2">循環器内科で
初期トレーニング
（基幹施設）</td><td colspan="2">他内科1（基幹施設）</td><td colspan="2">他内科2（基幹施設）</td><td colspan="2">他内科3（基幹施設）</td><td colspan="2">他内科4（基幹施設）</td><td colspan="2">他内科5（基幹施設）</td></tr>
<tr><td colspan="12">1回/月のプライマリケア当直研修を行う（プログラムの要件）
1年目にJMECCを受講(プログラムの要件)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2年目</td><td colspan="12">連携施設（循環器内科．内科専門研修も並行して行える．経験症例が不足する場合は，他科ローテーションを行ったのち，循環器内科へ移動する）</td></tr>
<tr><td colspan="10"></td><td colspan="2">内科専門医取得のための病歴提出</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3年目</td><td colspan="12">循環器内科（基幹施設）</td></tr>
<tr><td colspan="6">初診＋再診外来 週に1回担当(プログラムの要件)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="3">そのほかプログラムの要件</td><td colspan="10">安全管理セミナー感染セミナーの年2回の受講，CPCの受講</td></tr>
<tr><td>プログラム参加資格</td><td colspan="12">研修開始前の段階で，内科専門研修で必要とされる修了要件160症例のうち80症例を経験していることが望まれます．</td></tr>
<tr><td>他科ローテーションについて</td><td colspan="12">最初の2か月間は所属科(サブスペシャルティ科)にて基本的トレーニングを受けます．その後，他内科(場合によっては，くしもと町立病院でのプライマリ研修も含む)を原則として2か月間(ただし弾力的に運用)ローテーションします．ローテーションの順序は研修センターが決定します．2，3年目はサブスペシャルティ科で研修しますが，連携施設での研修が1年間含まれます．連携施設では内科専門研修とサブスペシャルティ研修を並行して行えます．ローテーション中は当該科の指導医が研修指導します．研修1年目修了時点で経験症例が不足する場合は，2年目も他内科ローテーションを行うことができます．なお，割り当てられた他内科のローテーションは，既にその分野の終了条件を満たしている(あるいはその見込みである)場合は行わなくても可とします．</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="12">他の内科ローテーション中は当該科の当直をします．入局先の検査や業務（循環器内科ではTMT，RI，陪席，緊急当番など）は他科ローテーション中は免除します．大学院進学のケースも本コースで考慮します．大学院籍は専門医制度と紐づいているわけではありません．そのため，大学院在籍時も通常の専攻研修と同様のプログラム内容が研修できる限りにおいては，その症例と経験実績が研修期間として認められます．</td></tr>
</table>

資料２

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」

（日本内科学会 新専門医制度 専門研修プログラム整備基準より）

	内容	専攻医3年修了時 カリキュラムに示す疾患群	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
分野	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		
	消化器	9	5以上※1※2	5以上※1		3※1
	循環器	10	5以上※2	5以上		3
	内分泌	4	2以上※2	2以上		3※4
	代謝	5	3以上※2	3以上		
	腎臓	7	4以上※2	4以上		2
	呼吸器	8	4以上※2	4以上		3
	血液	3	2以上※2	2以上		2
	神経	9	5以上※2	5以上		2
	アレルギー	2	1以上※2	1以上		1
	膠原病	2	1以上※2	1以上		1
	感染症	4	2以上※2	2以上		2
	救急	4	4※2	4		2
外科紹介症例						2
剖検症例						1
合計※5		70疾患群	56疾患群（任意選択含む）	45疾患群（任意選択含む）	20疾患群	29症例（外来は最大7）※3
症例数※5		200以上（外来は最大20）	160以上（外来は最大16）	120以上	60以上	

※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+「代謝」1例，「内分泌」1例+「代謝」2例

※5　初期臨床研修時の症例は，例外的に各専攻医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（最大 80 症例を上限とすること．病歴要約への適用については最大14症例を上限とすること）．

近畿大学病院内科専門研修プログラム

専攻医研修マニュアル

2026（令和 8）年 5 月 20 日改訂

1. 研修後の医師像と終了後に想定される勤務形態や勤務先

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

地域の診療所に勤務（開業）し，実地医家として地域医療に貢献します.

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

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

４）総合内科的視点を持ったサブスペシャリスト：病院で内科系のサブスペシャルティ，例えば消化器内科や循環器内科に所属し，総合内科（ジェネラリスト）の視点から，内科系サブスシャリストとして診療を実践します.

2. 専門研修の期間

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

3. 研修施設群の各施設名

基幹病院：近畿大学病院

連携施設：

（大阪府）　大阪府済生会 富田林病院、医療法人育和会 育和会記念病院
社会医療法人清恵会 清恵会病院、医療法人宝生会 PL 病院
医療法人春秋会 城山病院、社会医療法人ペガサス 馬場記念病院
和泉市立総合医療センター、国立病院機構 大阪南医療センター
社会医療法人生長会 府中病院、岸和田市民病院
大阪赤十字病院、社会医療法人同仁会 耳原総合病院
大阪府済生会泉尾病院

（奈良県）　近畿大学奈良病院、公益財団法人 天理よろづ相談所病院
奈良県立医科大学附属病院

（三重県）　社会医療法人畿内会 岡波総合病院

（和歌山県）くしもと町立病院、橋本市民病院
医療法人南労会 紀和病院、和歌山県立医科大学附属病院

（兵庫県）　神戸市立医療センター中央市民病院、公立豊岡病院
（香川県）　高松赤十字病院
（東京都）　がん・感染症センター都立駒込病院
（千葉県）　医療法人鉄蕉会亀田総合病院

4. プログラムに関わる委員会と委員，および指導医名

1）研修プログラム管理運営体制

本プログラムを履修する内科専攻医の研修について責任を持って管理するプログラム管理委員会を近畿大学病院に設置し，その委員長と各内科から１名ずつ管理委員が選任されます.

◎プログラム管理委員会

委 員 長：平野　牧人（近畿大学病院　脳神経内科　教授）
副委員長：馬場谷　成（近畿大学病院　代謝・内分泌・糖尿病内科　准教授）
委　　員：三井　良之（近畿大学病院　医学部教育センター　副センター長　教授）
丸山　将広（近畿大学病院　循環器内科　医学部講師）
渡邉　智裕（近畿大学病院　消化器内科　准教授）
芹澤憲太郎（近畿大学病院　血液・膠原病内科　講師）
志賀　俊彦（近畿大学病院　血液・膠原病内科　医学部講師）
坂口　美佳（近畿大学病院　腎臓内科　講師）
田中　　薫（近畿大学病院　腫瘍内科　准教授）
桑原　　基（近畿大学病院　脳神経内科　講師）
佐野安希子（近畿大学病院　呼吸器・アレルギー内科　講師）
田中　寛大（近畿大学病院　脳卒中センター　講師）
ｵﾌﾞｻﾞｰﾊﾞｰ：東田　有智（近畿大学病院　病院長）
松村　到　（近畿大学学長，近畿大学病院　血液・膠原病内科　教授）

プログラム管理委員会の下部組織として，基幹病院および連携施設に専攻医の研修を管理する研修委員会を置き，委員長が統括します.

◎研修委員会

委 員 長：平野　牧人（脳神経内科　教授）
委　　員：丸山　将広（循環器内科　医学部講師）
馬場谷　成（代謝・内分泌・糖尿病内科　准教授）
渡邊　智裕（消化器内科　准教授）
芹澤憲太郎（血液・膠原病内科　講師）
志賀　俊彦（血液・膠原病内科　医学部講師）
坂口　美佳（腎臓内科　講師）
田中　　薫（腫瘍内科　准教授）
桑原　　基（脳神経内科　講師）
佐野安希子（呼吸器・アレルギー内科　講師）
ｵﾌﾞｻﾞｰﾊﾞｰ：東田　有智（病院長）

三井　良之（医学部教育センター　副センター長　教授）

・近畿大学奈良病院　　委員長：花本　仁
・くしもと町立病院　　委員長：阪本　繁
・大阪府済生会 富田林病院　　委員長：窪田　剛
・医療法人育和会 育和会病院　委員長：吉村　隆喜
・社会医療法人清恵会 清恵会病院　　委員長：藤田　一彦
・社会医療法人畿内会 岡波総合病院　委員長：猪木　達
・医療法人宝生会 PL 病院　　委員長：松田　光弘
・医療法人春秋会 城山病院　　委員長：東野　健
・社会医療法人ペガサス 馬場記念病院　　委員長：北口　正孝
・橋本市民病院　　委員長：駿田　直俊
・和泉市立総合医療センター　委員長：大野　恭裕
・国立病院機構 大阪南医療センター　委員長：工藤　慶太
・岸和田市民病院　委員長：花岡　郁子
・医療法人南労会 紀和病院　委員長：居平　典久
・和歌山県立医科大学附属病院　委員長：園木　孝志
・社会医療法人生長会 府中病院　委員長：田口　晴之
・大阪赤十字病　委員長：林　富士男
・社会医療法人同仁会 耳原総合病院　委員長：川口　真弓
・公益財団法人 天理よろづ相談所病院　委員長：田口　善夫
・神戸市立医療センター中央市民病院　委員長：富井　啓介
・公立豊岡病院　委員長：中治　仁志
・高松赤十字病院　委員長：山本　晃義
・都立駒込病院　委員長：岡本　朋
・亀田総合病院　委員長：瀬戸口　京吾
・奈良県立医科大学附属病院　委員長：
・大阪府済生会泉尾病院　委員長：

２）指導医一覧

別途用意します.

5. 各施設での研修内容と期間（別紙①，②参照）

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の 3 つのコース，**①内科基本コース**，**②各科重点コース（1 年型）**，**③各科重点コース（2 年型）**を準備しています. **コース選択後も条件を満たせば他のコースへの移行も認められます**. 近畿大学病院には 11 の内科系診療科があり〔循環器内科，消化器内科，内分泌・代謝・糖尿病内科，血液・膠原病内科，腎臓内科，腫瘍内科，呼吸器・アレルギー内科，脳神経内科，脳卒中センター，ER 内科），これらの科をローテートすることによって全ての内科専門研修領域の症例を経験できます.

１）内科基本コース（**別紙①**）

高度な総合内科（ジェネラリティ）の専門医を目指す場合や，将来のサブスペシャルティが未定な場合に選択します．内科基本コースは内科の領域を偏りなく学ぶことを目的としたコースであり，後期研修期間の 3 年間において内科領域を担当する全ての科をローテーションします．原則として 3 ヵ月を 1 単位として，1 年間に 4 科，2 年間で延べ 8 科をローテーションし，3 年目は地域医療の経験と症例数が充足していない領域を重点的に連携施設で研修します．研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，プログラム統括責任者が決定します．

２）各科重点コース（1 年型）（**別紙②**）

希望するサブスペシャルティ領域を 1 年間重点的に研修するコースです．研修開始直後の 4 ヵ月間は希望するサブスペシャルティ領域にて初期トレーニングを行います．この期間，専攻医は将来希望する内科において理想的医師像とする担当指導医や症例指導医から，内科医としての基本姿勢のみならず，目指す領域での知識，技術を学習することにより，内科専門医取得へのモチベーションを強化することができます．その後，2 ヵ月間を基本として他科（場合によっては連携施設での他科研修含む）をローテーションします．研修 3 年目には希望するサブスペシャルティ科を研修しますが，2〜3 年目のうち 1 年間の連携病院での当該科研修も含まれます．研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，希望するサブスペシャルティ領域の責任者とプログラム統括責任者が協議して決定します．なお，研修中の専攻医数や進捗状況により，初年度から連携施設での重点研修を行うことがありますが，あくまでも内科専門研修が主体であり，重点研修は最長 1 年間とします．

３）各科重点コース（2 年型）（**別紙②**）

希望するサブスペシャルティ領域をさらに重点的に（2 年間）研修するコースです．本コースの参加資格は，内科専門研修開始前に修了要件 120 症例のうち，80 症例を経験していることが望まれます．1 年目に各科をローテーションし，2 年目からは連携施設を含めた希望するサブスペシャルティ科を研修します．2 年目以降，残り未経験領域症例や技能習得は所属するサブスペシャルティ科における今後の研修にて可能と判断されることを要求されます．

いずれのコースを選択しても遅滞なく内科専門医受験資格を得られるように工夫されており，専攻医は卒後 5 年で内科専門医，卒後 6-8 年でサブスペシャルティ領域の専門医取得ができます．また，専門医機構からプログラムにおける地域貢献率を満たすことが求められており，そのため通常枠のうち一定程度の専攻医はシーリングのかかっていない県の連携施設で研修します．

なお，連携枠専攻医は 1 年 6 か月間ずつ基幹施設（近畿大学病院）とシーリングのかかっていない県の連携施設（近畿大学奈良病院）で研修しますが，通算で各科重点コース 1 年型および 2 年型と同程度の研修が行えます．

連携施設には，地域基幹病院 10 施設と地域医療密着型病院 12 施設の計 22 施設あり，専攻医のさまざまな希望・将来像に対応可能です．連携施設では基幹病院で経験しにくい領域や地域医療の実際について学ぶことができます．特にくしもと町立病院では僻地医療に貢献す

る重要性を学びます．どの連携施設で研修を行うのかは，入局科の主任教授，プログラム委員，担当指導医などとの相談で決定されます．

6.主要な疾患の年間診療件数

内科専門医研修カリキュラム（https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/program2020/1117270033.pdf）に掲載されている主要な疾患については，近畿大学病院（基幹病院）の DPC 病名を基本とした各内科系診療科における疾患群別の入院患者数を調査し，ほぼ全ての疾患群が充足されることが分かっています（10 の疾患群は外来での経験を含めるものとします）．ただし，研修期間内に全疾患群の経験ができるように誘導する仕組みも必要であり，担当指導医が承認する初期臨床研修時期の症例をもれなく登録すること，外来での診療頻度が高い疾患群を該当科において確認することで必要な症例経験を積むことができます．

7.年次ごとの症例経験到達目標を達成するための具体的な研修の目安と J-OSLER 年間登録スケジュール（別紙③、④、⑤参照）

（１）1 年次

１）担当指導医が決まります

・1 人の担当指導医（メンター）に専攻医 1 人（最大 3 名まで）が自科（入局科）で指名され，近畿大学病院内科専門研修プログラム管理委員会により承認されます．連携施設で研修する場合は，その所属先で担当指導医が指名されます．

・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）に登録した研修内容を確認し，フィードバックの後にシステム上で承認します．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．

２）J-OSLER 新規登録、研修内容の登録

・J-OSLER 新規登録を行います

https://web.j-osler.jp/josler/sm0101/mailAddressSoshin.html

・別紙③の症例登録を進めるために，別紙④に記載されているペースで症例登録と病歴要約登録を行います．他科ローテートで経験した症例は，実際に指導を受けた指導医（症例指導医）からその都度，登録症例の評価・承認を受けます．自科の経験症例も症例指導医（担当指導医が兼ねることが出来る）から評価・承認を受けます．病歴要約は担当指導医から評価・承認を受けます（個別評価）．

・経験した技術・技能や講習会，学会発表や論文を登録します．

・半期ごとに，自己評価，指導医評価，プログラム評価（下期のみ）を登録します．

（２）２年次

研修内容の登録

・引き続き，別紙③の 2 年次症例登録目標を達成するために，別紙④のペースで症例登録と病歴要約登録を行っていきます．

・病歴要約 29 編を完成させ，担当指導医による個別評価を受けます．

・経験した技術・技能や講習会，学会発表や論文を登録します.
・半期ごとに，自己評価，指導医評価，プログラム評価（下期のみ）を登録します.

（３）３年次

研修内容の登録

・引き続き，別紙③の３年次症例登録目標を達成するために，別紙④のペースで症例登録を行っていきます.
・病歴要約 29 編の一次評価を病歴指導医（入局科より推薦，統括責任者指名）から受け，承認された後，プログラム統括責任者の完了承認を経て，内科学会による二次評価を依頼，最終の承認を受けます.
・経験した技術・技能や講習会，学会発表や論文を登録します.
・半期ごとに，自己評価，指導医評価，プログラム評価（下期のみ）を登録します.

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

１）専攻医による自己評価とプログラムの評価

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

毎年 3 月に現行プログラムに関するアンケート調査を行い，専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し，次期プログラムの改訂の参考とします．アンケート用紙は別途定めます.

２）担当指導医・症例指導医・病歴指導医による評価と 360 度評価

担当指導医および症例指導医は専攻医の日々のカルテ記載と，専攻医が Web 版の研修手帳に登録した当該科の症例登録を経時的に評価し，症例要約の作成についても指導します．また，担当指導医は技術・技能についての評価も行います．年に 1 回以上，目標の達成度や各指導医・メディカルスタッフの評価に基づき，統括責任者は専攻医の研修の進行状況の把握と評価を行い，適切な助言を行います．毎年，担当指導医とメディカルスタッフによる複数回の 360 度評価を行い，態度の評価が行われます．病歴指導医（担当指導医が兼ねることもできる）は 29 編の病歴要約を一次評価します.

9.プログラム修了の基準

専門研修 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 編の病歴要約の二次評価 accept，所定の講習受講や研究発表なども判定要因になります.

最終的にはプログラム管理委員会によってプログラムの修了判定が行われます.

10.専門医申請に向けての手順

日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用います．同システムでは以下を Web ベースで日時を含めて記録します．具体的な入力手順については J-OSLER ホームページ

(https://www.naika.or.jp/nintei/j-osler/)を参照してください.

・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．担当指導医・症例指導医はその内容を評価し，内科専門研修に相応しい内容と判断した場合に承認を行います.

・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，専攻医による逆評価を入力して記録します.・全 29 編の病歴要約を登録し，担当指導医による校閲後(個別評価)，病歴指導医よる一次評価とプログラム統括責任者より承認を経て，日本内科学会病歴要約評ボード（二次評価）によるピアレビューを受け，指摘事項に基づいた改訂をアクセプトされるまでシステム上で行います.

・専攻医は学会発表や論文発表の記録をシステム上に登録します.

・専攻医は研修プログラムで出席を求められる講習会等（例：CPC，地域連携カンファレンス，医療倫理・医療安全・感染対策講習会）の出席をシステム上に登録します.

11. プログラムにおける待遇

専攻医の勤務時間，休暇，当直，給与等の勤務条件に関しては，労働基準法を順守し，近畿大学の専攻医就業規則及び給与規則に従います．専攻医の心身の健康維持の配慮については各施設の研修委員会と労働安全衛生委員会で管理します．特に精神衛生上の問題点が疑われる場合は臨床心理士によるカウンセリングを行います.専攻医は採用時に上記の労働環境，労働安全，勤務条件の説明を受けます.プログラム管理委員会では各施設における労働環境，労働安全，勤務に関して報告され，これらの事項について総括的に評価します.

12. プログラムの特色

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の 3 つのコース，①内科基本コース，②各科重点コース（1 年型），③各科重点コース（2 年型）を準備していることが最大の特徴です.コース選択後も条件を満たせば他のコースへの移行も認められます.また，外来トレーニングとしてふさわしい症例（主に初診）は外来担当医の指導の下，当該症例の外来主治医となり，一定期間外来診療を担当し，研修を進めることができます.

13. 継続したサブスペシャルティ領域の研修の可否

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

14. 逆評価の方法とプログラム改良姿勢

毎年３月に現行プログラムに関するアンケート調査を行い，専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し，次期プログラムの改訂の参考とします.アンケート用紙は別途定めます.

15. 研修施設群内で何らかの問題が発生し，施設群内で解決が困難な場合は，日本専門医機構内科領域研修委員会に相談します．

別紙①

①内科基本コース例

<table>
<tr><th colspan="13">内科基本コース</th></tr>
<tr><td>専攻医研修</td><td>4月</td><td>5月</td><td>6月</td><td>7月</td><td>8月</td><td>9月</td><td>10月</td><td>11月</td><td>12月</td><td>1月</td><td>2月</td><td>3月</td></tr>
<tr><td rowspan="3">1年目</td><td colspan="3">呼吸器･アレルギー</td><td colspan="3">神経</td><td colspan="3">腎臓</td><td colspan="3">消化器</td></tr>
<tr><td colspan="6">1回/月のプラマリケア当直研修を6ヶ月間行う</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="12">1年目にJMECCを受講(プログラムの要件)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2年目</td><td colspan="3">腫瘍</td><td colspan="3">循環器</td><td colspan="3">血液･膠原病</td><td colspan="3">内分泌･代謝･糖尿病</td></tr>
<tr><td colspan="9"></td><td colspan="3">内科専門医取得のための病歴提出</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3年目</td><td colspan="12">連携施設</td></tr>
<tr><td colspan="6">初診＋再診外来 週に1回担当(プログラムの要件)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="6">(3年目までに外来研修を終了できることを明記)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="3">そのほかプログラムの要件</td><td colspan="10">安全管理セミナー、感染セミナーの年2回の受講、CPCの受講</td></tr>
</table>

※本コースでは連携施設での研修を 3 年目としていますが，連携施設での研修を何年目に行うのかはプログラムの任意となります．（最終的に修了要件を満たすことが重要です）

別紙②

②各科重点コース例（1 年型：サブスペシャルティを重点的に 1 年間研修するコース）

例） 循環器内科をサブスペシャルティにした場合の各科重点コース(1年型)												
専攻医研修	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	循環器内科にて初期トレーニング				他内科1		他内科2		他内科3		他内科4	
		5月から1回/月のプラマリケア当直研修を6ヶ月間行う（プログラムの要件）										
		1年目にJMECCを受講（プログラムの要件）										
2年目	他内科5		他内科6		他内科7		他内科8		他内科9		予備（充足していない領域をローテーション）	
										内科専門医取得のための病歴提出準備		
3年目	連携施設（サブスペシャルティ重点期間は1年目の4ヵ月として最長1年とします）											
	初診＋再診外来　週に1回担当（プログラムの要件）											
そのほかプログラムの要件	安全管理セミナー感染セミナーの年2回の受講、CPCの受講											
他科ローテーションについて	最初の4ヶ月は所属科にて基本的トレーニングを受けます。その後、他科および連携施設を原則として各2ヵ月間ローテーションします。ローテーションの順序は研修センターが決定しますが、充足状況などを勘案し、2年目最後の2ヵ月、3年目に不足科をローテーションします。ローテーション中は当該科の指導医が研修指導します。											
その他	他の内科ローテーション中は当該科の当直をします。入局先の検査や業務（循環器内科ではTMT、RI、陪席、緊急当番など）は他科ローテーション中は免除します。大学院進学のケースも本コースで考慮します。大学院籍は専門医制度と紐づいているわけではありません。そのため、大学院在籍時も通常の専攻研修と同様のプログラム内容が研修できる限りにおいては、その症例と経験実績が研修期間として認められます。											

④ 各科重点コース例（2 年型：サブスペシャルティを重点的に２年間研修するコース）

例） 循環器内科をサブスペシャルティとした場合の各科重点コース(2年型)												
専攻医研修	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	循内初期トレ	他内科1	他内科2	他内科3	他内科4	他内科5	他内科6	他内科7	他内科8	連携施設	予備	予備
		5月から1回/月のプラマリケア当直研修を6ヵ月間行う（プログラムの要件）										
		1年目にJMECCを受講（プログラムの要件）										
2年目	循環器内科学　（循環器内科での内科一般研修を継続する）											
										内科専門医取得のための病歴提出		
3年目	循環器内科学　（循環器内科での内科一般研修を継続する）											
	初診＋再診外来　週に1回担当（プログラムの要件）											
そのほかプログラムの要件	安全管理セミナー感染セミナーの年2回の受講、CPCの受講											
プログラム参加資格	研修開始前の段階で56カテゴリーと160症例の50%以上を経験していることを条件とします。											
他科ローテーションについて	最初の1ヵ月間は所属科にて基本的トレーニングを受けます。他科および関連施設を原則として1ヵ月間ローテーションします。ローテーションの順序は研修委員長が決定しますが、充足状況などを勘案し、1年目最後の1ヵ月に不足科をローテーションします。ローテーション中は当該科の上級医が研修指導を行います。											
その他	他の内科ローテーション中は当該科の当直をします。入局先の検査や業務（循環器内科ではTMT、RI、陪席、緊急当番など）は他科ローテーション中は免除します。大学院進学のケースも本コースで考慮します。大学院籍は専門医制度と紐づいているわけではありません。そのため、大学院在籍時も通常の専攻研修と同様のプログラム内容が研修できる限りにおいては、その症例と経験実績が研修期間として認められます。											

別紙③

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」

（日本内科学会 新専門医制度 専門研修プログラム整備基準より）

	内容	専攻医3年修了時 カリキュラムに示す疾患群	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
分野	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		
	消化器	9	5以上※1※2	5以上※1		3※1
	循環器	10	5以上※2	5以上		3
	内分泌	4	2以上※2	2以上		3※4
	代謝	5	3以上※2	3以上		
	腎臓	7	4以上※2	4以上		2
	呼吸器	8	4以上※2	4以上		3
	血液	3	2以上※2	2以上		2
	神経	9	5以上※2	5以上		2
	アレルギー	2	1以上※2	1以上		1
	膠原病	2	1以上※2	1以上		1
	感染症	4	2以上※2	2以上		2
	救急	4	4※2	4		2
外科紹介症例						2
剖検症例						1
合計※5		70疾患群	56疾患群 （任意選択含む）	45疾患群 （任意選択含む）	20疾患群	29症例 （外来は最大7）※3
症例数※5		200以上 （外来は最大20）	160以上 （外来は最大16）	120以上	60以上	

※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）

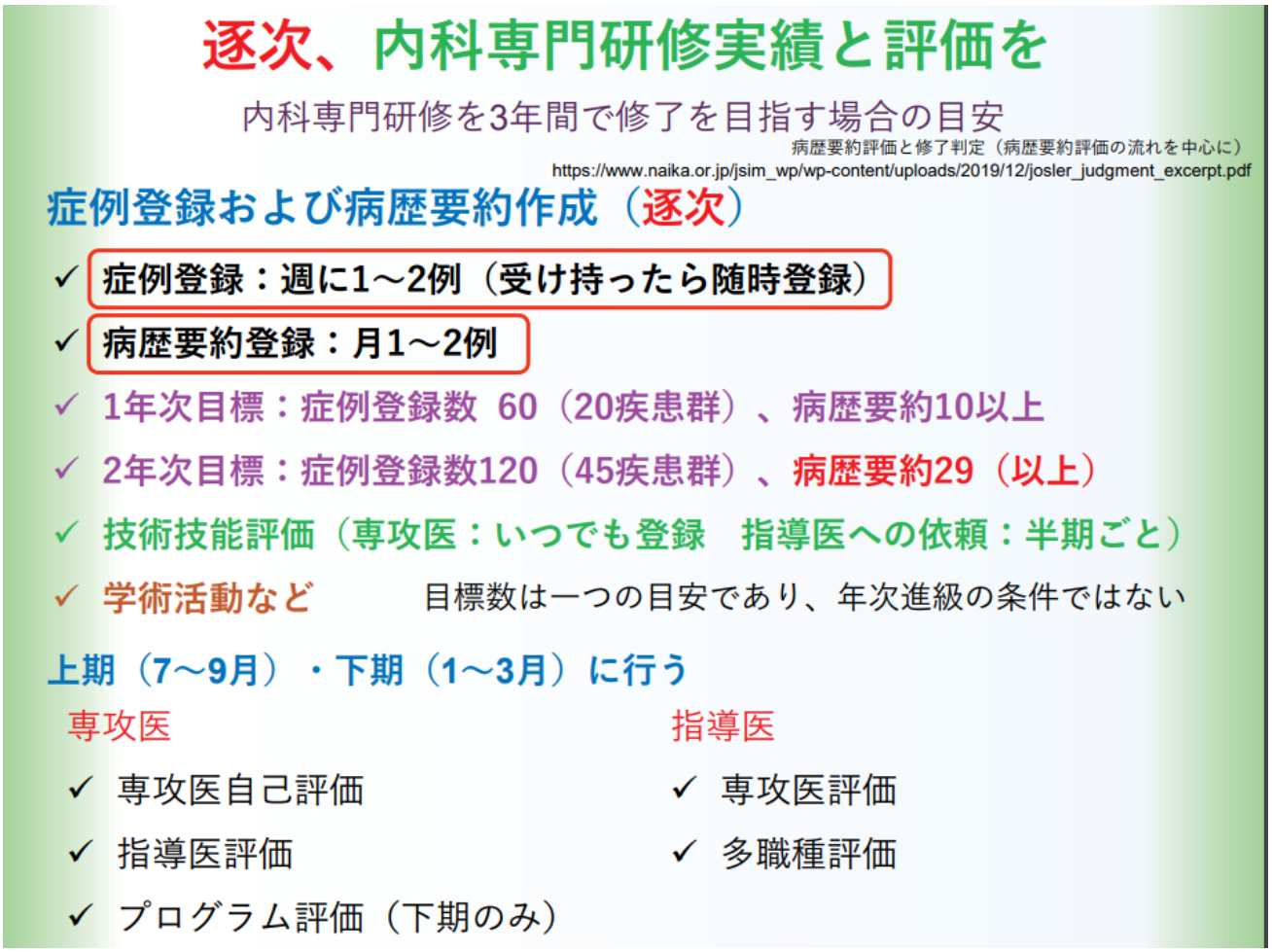
※4　「内分泌」と「代謝」からはそれぞれ1症例ずつ以上の病歴要約を提出する．

例）「内分泌」2例+「代謝」1例，「内分泌」1例+「代謝」2例

※5　初期臨床研修時の症例は，例外的に各専攻医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（最大 80 症例を上限とすること．病歴要約への適用については最大14症例を上限とすること）．

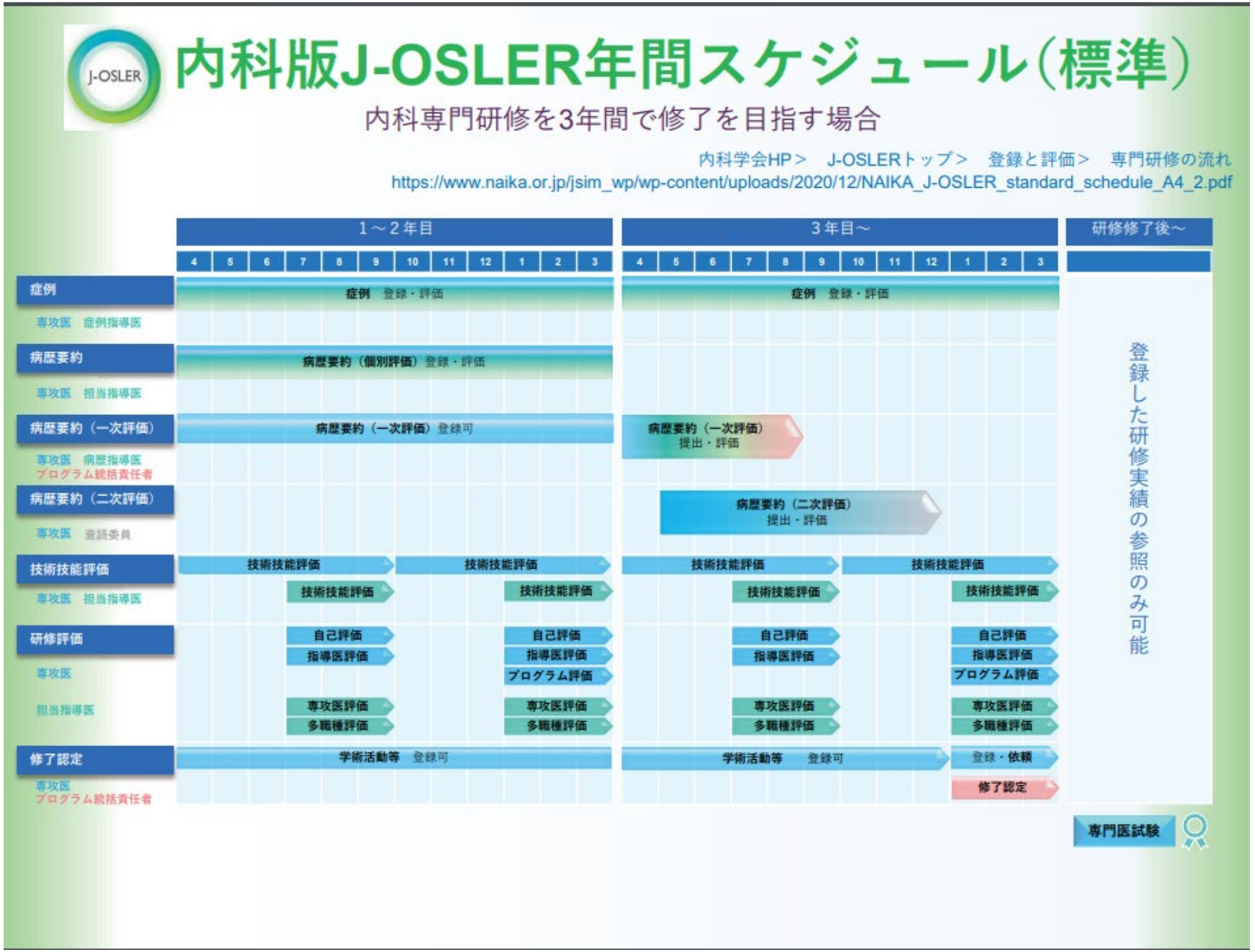
別紙④

年次到達目標を達成するための目安



別紙⑤

J-OSLER 登録と評価の年間スケジュール


J-OSLER
内科版J-OSLER年間スケジュール（標準）
内科専門研修を3年間で修了を目指す場合
内科学会HP＞　J-OSLERトップ＞　登録と評価＞　専門研修の流れ
https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2020/12/NAIKA_J-OSLER_standard_schedule_A4_2.pdf
1～2年目
3年目～
研修修了後～
4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3
症例
専攻医　症例指導医
症例　登録・評価
病歴要約
専攻医　担当指導医
病歴要約（個別評価）登録・評価
病歴要約（一次評価）
専攻医　病歴指導医
プログラム統括責任者
病歴要約（一次評価）登録可
病歴要約（一次評価）
提出・評価
病歴要約（二次評価）
専攻医　査読委員
病歴要約（二次評価）
提出・評価
技術技能評価
専攻医　担当指導医
技術技能評価
研修評価
専攻医
担当指導医
自己評価
指導医評価
プログラム評価
専攻医評価
多職種評価
修了認定
専攻医
プログラム統括責任者
学術活動等　登録可
登録・依頼
修了認定
登録した研修実績の参照のみ可能
専門医試験

指導医マニュアル

2026（令和 8）年 5 月 20 日改訂

1．専門研修プログラム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） 指導医には，担当指導医，症例指導医，病歴指導医の 3 種類がある
（**別紙①**参照．いずれも内科指導医として内科学会に登録されていることが必要）．

◎担当指導医

・1 人の担当指導医（メンター）に専攻医 1 人（最大 3 名まで）が自科で指名され，近畿大学病院内科専門研修プログラム委員会により承認されます．連携施設で研修の際は，その施設で担当指導医が決定されます．

・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，自科の専攻医がそれぞれの年次で登録した自科の疾患群，症例の内容，さらに初期臨床研修で専攻医が経験し，内科専門研修としてふさわしいと判断した症例について，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，J-OSLER での専攻医による症例登録の評価や総合医学教育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．担当指導医とローテート先の上級医は，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．

・担当指導医はサブスペシャルティ上級医と協議し，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 2 年修了時までに合計 29 編の病歴要約を作成することを促進し（個別評価），内科学会ボードによる査読・評価（二次評価）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．

・担当指導医は，J-OSLER で研修内容を逐次確認し，修了要件を満たしているかを判断します．

◎症例指導医

・症例指導医は，ローテートで回ってきた専攻医を実際に指導した指導医として，都度，登録症例の評価・承認を行います．自科（入局科）では担当指導医が兼務できます．

◎病歴指導医

・「病歴要約の一次評価」において，プログラム統括責任者から病歴要約の一次評価を実施するよう指名された指導医を指します．各科でリストを作成し，総合医学教育研修センターへあらかじめ提出します．

・プログラム統括責任者による一次評価完了に向けて，29 編の病歴要約を評価します．

※病歴指導医は担当指導医が兼務できます．

２．専門研修プログラムにおける年次到達目標（別紙②、③）と評価方法ならびにフィードバックの方法と時期（別紙④：年間スケジュール）

- 年次到達目標は，内科専門研修において求められる「疾患群」,「症例数」,「病歴提出数」に示すとおりです（**別紙②**）．目標を達成するには，逐次**別紙③**に示す例数を登録しなければなりません．
- 担当指導医は，総合医学教育研修センターと協働して，3 ヵ月ごとに J-OSLER 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 J-OSLER への入力を促します．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，総合医学教育研修センターと協働して，6 ヵ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，総合医学教育研修センターと協働して，6 ヵ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，総合医学教育研修センターと協働して，毎年 9 月と 3 月とに自己評価と指導医評価，ならびに 360 度評価を行います．評価終了後，1 ヵ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（**別紙④**）．

３．個別の症例経験に対する評価方法と評価基準

- 実際に症例を指導した症例指導医は，J-OSLER での専攻医による症例登録の評価を行います．
- 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，退院サマリー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，症例指導医が承認を行います（自科の場合は担当指導医が兼務できます）．
- 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，症例指導医は専攻医に J-OSLER での当該症例登録の削除，修正などを指導します．

４．専攻医評価

- 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（担当指導医が J-OSLER に入力する）および専攻医による逆評価などが J-OSLER 上で行われ，専攻医に対する形成的フィードバックに用います（**別紙④**）．

５．病歴要約評価

- 専攻医が作成した病歴要約を逐次担当指導医は校閲し，適切と判断すれば承認します（個別評価）．
- 個別評価終了後，プログラム統括責任者が指名した病歴指導医が一次評価を行い，承認します．その後，プログラム統括責任者によって一次評価が完了します．
- 一次評価終了後，専攻医は日本内科学会による二次評価を受けます．指摘事項に基づいた修正を

専攻医がアクセプトされるまで，その状況を担当指導医（病歴指導医）は確認します.

６．学会発表、講習会出席などの把握

- 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．担当指導医と総合医学教育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.

７．逆評価と J-OSLER を用いた指導医の指導状況把握

- 専攻医による J-OSLER を用いた無記名式逆評価の集計結果を，担当指導医，施設の研修委員会，およびプログラム管理委員会が閲覧します．集計結果に基づき，近畿大学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.

８．指導に難渋する専攻医の扱い

- 必要に応じて，臨時で，J-OSLER を用いて専攻医自身の自己評価，担当指導医による専攻医評価およびメディカルスタッフによる 360 度評価を行い，その結果を基にプログラム管理委員会で協議を行い，専攻医に対して形成的に適切な対応を試みます．状況によっては，担当指導医の変更や在籍する専門研修プログラムの異動勧告などを行います.

９．プログラムならびに各施設における指導医の待遇

- 近畿大学給与規定並びに各施設の規定によります.

10.　FD 講習の出席推奨

- 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.

11.　日本内科学会作製の「解説動画」「病歴要約作成と評価の手引き」の活用

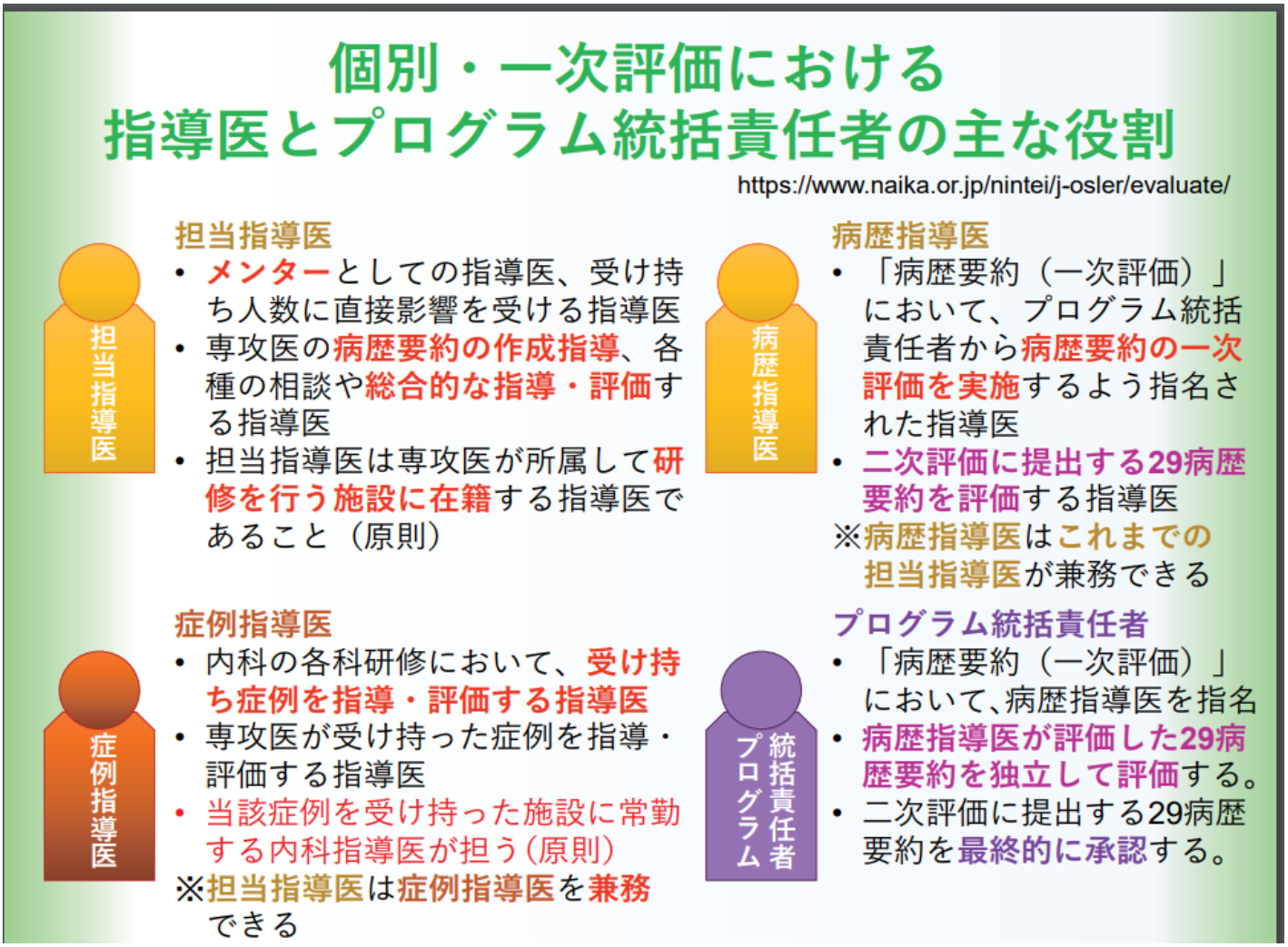
- 内科専攻医の指導にあたり，指導法の標準化のため，日本内科学会作成の「解説動画」https://www.naika.or.jp/nintei/j-osler/slide_movie/と，「病歴要約作成と評価の手引き」https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/J-OSLER/Tebiki_ByorekiHyoka.pdf　をよく理解して，専攻医指導に役立てます.

12.　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.

別紙①

指導医の種類と役割



別紙②

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」

（日本内科学会 新専門医制度 専門研修プログラム整備基準より）

	内容	専攻医3年修了時 カリキュラムに示す疾患群	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
分野	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		
	消化器	9	5以上※1※2	5以上※1		3※1
	循環器	10	5以上※2	5以上		3
	内分泌	4	2以上※2	2以上		3※4
	代謝	5	3以上※2	3以上		
	腎臓	7	4以上※2	4以上		2
	呼吸器	8	4以上※2	4以上		3
	血液	3	2以上※2	2以上		2
	神経	9	5以上※2	5以上		2
	アレルギー	2	1以上※2	1以上		1
	膠原病	2	1以上※2	1以上		1
	感染症	4	2以上※2	2以上		2
	救急	4	4※2	4		2
外科紹介症例						2
剖検症例						1
合計※5		70疾患群	56疾患群 （任意選択含む）	45疾患群 （任意選択含む）	20疾患群	29症例 （外来は最大7）※3
症例数※5		200以上 （外来は最大20）	160以上 （外来は最大16）	120以上	60以上	

※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）

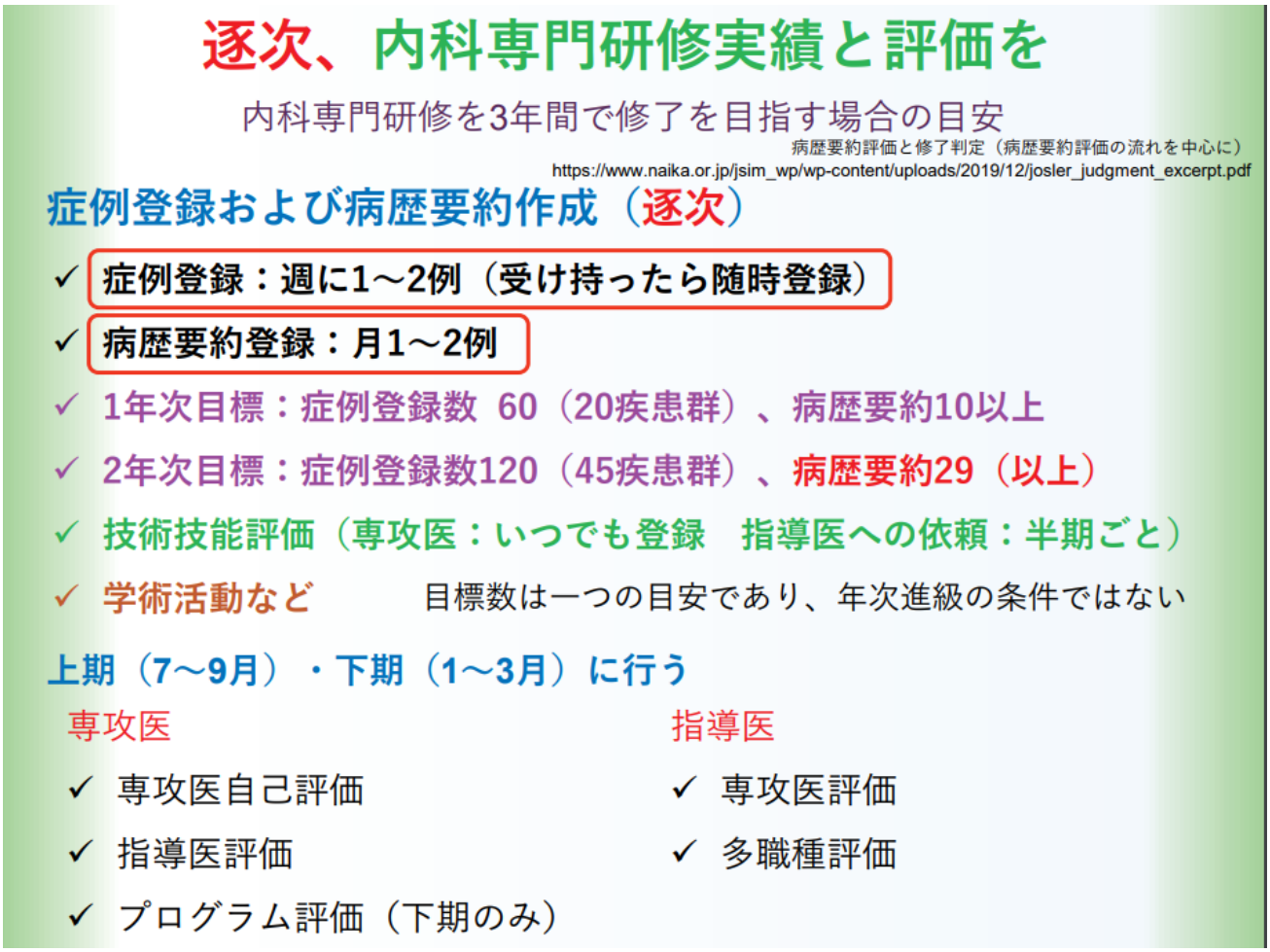
※4 「内分泌」と「代謝」からはそれぞれ1症例ずつ以上の病歴要約を提出する．

例）「内分泌」2例+「代謝」1例，「内分泌」1例+「代謝」2例

※5 初期臨床研修時の症例は，例外的に各専攻医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（最大 80 症例を上限とすること．病歴要約への適用については最大14症例を上限とすること）．

別紙③

年次到達目標を達成するための目安



別紙④

評価とフィードバックの方法と時期（年間スケジュール）

内科版J-OSLER年間スケジュール（標準）

内科専門研修を3年間で修了を目指す場合

内科学会HP＞　J-OSLERトップ＞　登録と評価＞　専門研修の流れ
https://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2020/12/NAIKA_J-OSLER_standard_schedule_A4_2.pdf

