奈良県立医科大学附属病院
内科専門医研修プログラム

令和7年（2025年）9月１日　改訂

奈良県立医科大学附属病院 内科専門医研修プログラム

目次

１．理念と使命 4
　１）理念 4
　２）使命 4
２．専門研修カリキュラムの目標（アウトカム） 4
　１）専門研修のアウトカム 4
　２）修得すべき知識・技能・態度等に対するアウトカム 5
　　（１）専門知識 5
　　（２）専門技能（診察、検査、診断、処置、手術等） 7
　　（３）学問的姿勢 7
　　（４）医師としての倫理性、社会性等 8
　３）経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等） 8
　　（１）経験すべき疾患・病態 8
　　（２）経験すべき診察・検査等 8
　　（３）経験すべき手術・処置等 8
　　（４）地域医療の経験（病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療等） 9
　　（５）学術活動 9
３．専門研修の目標（アウトカム）を達成するための方法 10
　１）臨床現場での学習 10
　２）臨床現場を離れた学習（各専門医制度において学ぶべき事項） 10
　３）自己学習（学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示） 10
　４）専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス（最終頁別表参照） 10
４．専門研修の目標（アウトカム）達成の評価 12
　１）形成的評価 12
　　（１）フィードバックの方法とシステム 12
　　（２）（指導医層の）フィードバック法の学習（FD） 12
　２）総括的評価 12
　　（１）評価項目・基準と時期 12
　　（２）評価の責任者 13

（3）修了判定のプロセス（専門研修プログラム整備基準【内科領域】一般社団法人日本内科学会改定第２版最終頁別表参照） 13
（4）多職種評価 13
5．専門研修施設とプログラムの認定基準 14
1）専門研修基幹施設の認定基準 14
（1）専攻医の環境 14
（2）専門研修プログラムの環境 14
（3）診療経験の環境 15
（4）学術活動の環境 15
2）専門研修連携施設の認定基準 15
（1）専攻医の環境 15
（2）専門研修プログラムの環境 16
（3）診療経験の環境 16
（4）学術活動の環境 16
3）専門研修施設群の構成要件 16
4）専門研修施設群の地理的範囲 17
5）専攻医受入数についての基準（診療実績、指導医数等による） 17
6）地域医療・地域連携への対応 17
7）地域において指導の質を落とさないための方法 18
8）研究に関する考え方 18
9）診療実績基準（基幹施設と連携施設）［症例数・疾患・検査/処置・手術等］ 18
１０）サブスペシャルティ領域との連続性について 18
１１）専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件 19
6．専門研修プログラムを支える体制 19
1）専門研修プログラムの管理運営体制の基準 19
2）基幹施設の役割 19
3）専門研修指導医の基準 19
4）プログラム管理委員会の役割と権限 20
5）プログラム統括責任者の基準、および役割と権限 20
6）連携施設での委員会組織 21
7）労働環境、労働安全、勤務条件 21
7．専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備 21
1）研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム 21

２）医師としての適性の評価 22
３）プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備 22
◎専攻医研修マニュアル 22
◎指導者マニュアル 23
◎専攻医研修実績記録フォーマット 24
◎指導医による指導とフィードバックの記録 24
◎指導者研修計画（FD）の実施記録 24
８．専門研修プログラムの評価と改善 24
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 24
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 24
３）研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応 25
９．専攻医の採用と修了 25
１）採用方法 25
２）修了要件 25

1．理念と使命

1）理念

本プログラムは、奈良県の公立大学附属病院である奈良県立医科大学附属病院を基幹施設とし、奈良県内全医療圏ならびに近隣医療圏などにある医療機関（連携施設・特別連携施設）と連携した内科専門医研修プログラムです。本プログラムにおける専門研修の基本理念は、指導医の適切な指導の下で、カリキュラムに定めた内科領域全般にわたる研修を通じて、標準的かつ全人的な内科的医療の実践に必要な知識と技能とを修得することです。

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領域の専門医にも共通して求められる基礎的な診療能力であり、また、知識や技能に偏らずに、患者に人間性をもって接すると同時に、医師としてのプロフェッショナリズムとリサーチマインドの素養を有し、様々な医療環境で全人的な内科医療を実践する能力です。本プログラムの内科専門研修では、幅広い疾患群を経験してゆくことによって、内科の基礎的診療を繰り返して学びます。その際、単なる繰り返しではなく、疾患や病態によって、特異的な診療技術や患者の抱える多様な背景に配慮する経験もできることに特徴があります。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・評価を受けることによってリサーチマインドを備えつつも全人的医療を実践する能力を涵養することが可能になります。

2）使命

内科専門医は疾病の予防から治療に至る保健・医療活動を通じて市民の健康に積極的に貢献します。本プログラムを修了した内科専門医は多様な医療現場で活動し、最新の医療を提供し、臓器別専門性に著しく偏ることなく全人的な内科診療を提供すると同時にチーム医療を円滑に運営する使命があります。

2．専門研修カリキュラムの目標（アウトカム）

1）専門研修のアウトカム

本プログラムにおける内科専門医のアウトカムは、

（1）高い倫理観

（2）最新の標準的医療の実践

（3）安全な医療

（4）プロフェッショナリズムに基づく患者中心の医療

を実践することです。

本プログラムを修了した内科専門医の関わる場は多岐にわたりますが、それぞれの場に応じて、下記に掲げる専門医像に合致した役割を果たし、地域住民の信頼を獲得することが求められます。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、求められる専門医像は単一ではありませんが、その環境に応じて役割を果たすことこそが内科専門医に求められます。本プログラムを修了した内科専門医が活躍する場とその役割として、以下のものが想定されます。

- 病院医療：内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち、身体・精神の統合的・機能的視野から診断・治療を行う能力を備え実践します。内科疾患全般の初期対応とコモンディジーズの診断と治療を行うことに加え、内科系サブスペシャリストとして診療する際にも、臓器横断的な視点を持ち全人的医療を実践します。
- 地域医療：かかりつけ医として地域において常に患者と接し、内科系の慢性疾患に対して、生活指導まで視野に入れた良質な健康管理・予防医学と日常診療を任務とする全人的な内科診療を実践します。
- 救急医療：内科系急性・救急疾患に対するトリアージを含め、地域での内科系の急性・救急疾患への迅速かつ適切な診療を実践します。

上記のいずれの医療領域で役割を果たす場合においても、上記に示したアウトカムを意識することが重要です。

2）修得すべき知識・技能・態度等に対するアウトカム

（1）専門知識

（専門研修プログラム整備基準【内科領域】一般社団法人日本内科学会 改定第２版：最終頁 別表および研修カリキュラムの項目表を参照）

専門知識の範囲（分野）は、「総合内科」、「消化器」、「循環器」、「内分泌」、「代謝」、「腎臓」、「呼吸器」、「血液」、「神経」、「アレルギー」、「膠原病及び類縁疾患」、「感染症」、ならびに「救急」で構成されます。研修カリキュラムでは、これらの分野に「解剖と機能」、「病態生理」、「身体診察」、「専門的検査」、「治療法」、「疾患」等の目標（到達レベル）を記載しています（研修カリキュラムの項目表を参照）。

内科領域は70疾患群（経験すべき病態等を含む）に分類され、それぞれに提示されているいずれかの疾患を順次経験してゆきます。この過程によって専門医に必要な知識を修得します。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。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することが必要です。これによって、遭遇することが稀な疾患であっても類縁疾患の経験と自己学習によって適切な診療を行うことが可能になります。これらを通じて内科領域全般の経験と知識の修得が可能になります。経験症例は、日本内科学会専攻医登録評価システム（以後、J-OSLERと表記）に登録し、症例指導医の評価と承認を受けます。

以下が専門研修年次の達成目標です。

○ **専門研修１年**：カリキュラムに定める70疾患群のうち、20疾患群以上の症例を経験し、J-OSLERに登録することを目標とします。症例指導医はJ-OSLERの登録内容を確認し、専攻医として適切な経験と知識の修得ができていることが確認できた場合に承認します。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導を行います。また、専門研修修了に必

要な病歴要約を10編以上J-OSLERに登録し、担当指導医の評価を受けます。

○ **専門研修２年**：この年次の研修が修了するまでに、カリキュラムに定める70疾患群のうち、少なくとも通算で45疾患群以上の症例を経験し、J-OSLERに登録することを目標とします。また、専門研修修了に必要な病歴要約29編を全て登録して担当指導医の評価を受けます。

＊ これらの疾患群のうち外来症例については、内科専攻に相応しい症例経験として、プロブレムリストの上位に位置して対応が必要となる場合（単なる投薬のみなどは認めない）に限り、登録が可能です。

＊ 内科専門研修として相応しい入院症例の経験はDPC制度（DPC/PDPS：Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System）における主病名、退院時サマリの主病名、入院時診断名、外来症例でマネジメントに苦慮した症例等における病名が想定されます。

＊ 症例指導医はJ-OSLER の登録内容を確認し、専攻医の経験と知識が適切であれば承認します。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行います。

○ **専門研修３年**：主担当医として、カリキュラムに定める全70疾患群を経験し、計200症例以上（うち外来症例は最大20症例まで）の経験を目標とします。修了認定には、主担当医として通算で最低56疾患群以上の症例経験と計120症例以上（外来症例は1割まで含むことができます。）を経験し、登録する必要があります。症例指導医は専攻医が適切な経験と知識の修得ができていると確認した場合に症例を承認します。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行います。また、既に専門研修２年次までに登録を終えた病歴要約は、所属するプログラムにおける一次評価を受け、その後、日本内科学会の病歴要約二次評価査読委員による査読を受け、受理されるまで改訂を重ねます。

専門研修修了には、全ての病歴要約29編の受理と、70疾患群中の56疾患群以上で計120 症例以上の経験の全てが必要です。

また、本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の2つのコース、①General Medicine (GM) コース、②Generalist-Specialist/Scientist (GS) コースを準備しています。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。将来のsubspecialtyが未決定、または高度な総合内科専門医を目指す場合はGMコースを選択しますが、将来のsubspecialtyが決定している場合でもGMコース選択は可能です。専攻医は臨床研修センターの管理の下、3年間で各内科や内科臨床に関連ある救急部門などをローテートします。

本プログラムは、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が得られる様に工夫されており、専攻医は卒後5-6年で内科専門医、その後subspecialty領域の専門医が取得できます。なお、コース選択時には、入局・非入局は原則問いませんが、将来のsubspecialtyが決定されている場合には入局して研修することが勧められます。

① General Medicine (GM) コース

本コースは、内科専門医は勿論のこと、将来、内科指導医や高度なgeneralistを目指す方に向けたコースです。また、将来のsubspecialtyが未定な場合に選択することもあり得ますが、将来のsubspecialtyが決定している場合でもGMコース選択は可能です。GM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、原則1-3ヵ月を1単位として診療科をローテーションします。また、2年目あるいは3年目に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。

専攻医は、いずれかの連携施設を原則として1年間ローテーションします（複数施設での研修の場合は研修期間の合計が1年間となります)。研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上、専攻医の希望を尊重してプログラム統括責任者が決定します。

② Generalist-Specialist/Scientist (GS) コース

希望するsubspecialty領域を重点的に研修するコースです。研修開始直後の数ヶ月は原則として希望するsubspecialty領域にて初期トレーニングを行います。この期間、専攻医は、将来希望する内科においてロールモデルとなる指導医や上級医師から、内科医としての基本姿勢のみならず、目指す領域での知識、技術を学習することにより、内科専門医取得へのmotivationを強化することができます。その後、他科（場合によっては連携施設での他科研修含む）をローテートします。研修2年目あるいは3年目には、連携施設における当該subspecialty科において内科研修を継続してsubspecialty領域を重点的に研修するとともに、充足していない症例を経験します。研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上、希望するsubspecialty領域の責任者とプログラム統括責任者が協議して決定します。なお、研修中の専攻医数や症例経験進捗状況により、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医研修が主体であり、重点研修は原則1年間とします。

なお、専門医資格の取得と臨床系大学院への進学を希望する場合は、担当教授と協議して大学院入学時期を決定してください。

（2）専門技能（診察、検査、診断、処置、手術等）

内科領域の基本的「技能」とは、幅広い疾患を網羅した知識と経験とに裏付けをされた、医療面接、身体診察、検査結果の解釈、ならびに科学的根拠に基づいた幅の広い診断・治療方針決定を指します。さらに全人的に患者・家族と関わってゆくことや他の専門医へのコンサルテーション能力が必要です。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ので、内科領域の診療技能の到達目標を以下のように設定します。

○ 専門研修１年:研修中の疾患群について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を指導医とともに行うことができます。

○ 専門研修２年:研修中の疾患群について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を指導医の監督下で行うことができます。

○ 専門研修３年：内科領域全般について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を自立して行うことができます。

内科領域の中には臓器別の特殊な検査や手技も含まれており、サブスペシャルティ専門医でなくとも一定程度の経験が求められます。内科専門医に求められる技術・技能は、専門研修プログラム整備基準【内科領域】一般社団法人日本内科学会 改定第２版に準拠する「技術・技能評価手帳」に記載されており、本プログラムを修了する内科専門医に必要とされる専門技能はこれに準拠します。

（3）学問的姿勢

１)患者から学ぶという姿勢を基本とし、２)科学的な根拠に基づく診断、治療を行う(EBM; evidence based medicine)、３）最新の知識、技能を常にアップデートする（生涯学習)、４）診断や治療のevidence の構築・病態の理解に資する研究を行う、５）症例報告を通じて深い洞察力を磨く、といった基本的な学問的姿勢を涵養することを目標とします。

（4）医師としての倫理性、社会性等

内科専門医として必要とされる高い倫理観と社会性を涵養することを目標とします。具体的には以下の項目がアウトカムになります。

1）患者とのコミュニケーション能力、

2）患者中心の医療の実践、

3）患者から学ぶ姿勢、

4）自己省察の姿勢、

5）医の倫理への配慮、

6）医療安全への配慮、

7）公益に資する医師としての責務に対する自律性（プロフェッショナリズム）、

8）地域医療保健活動への参画、

9）他職種を含めた医療関係者とのコミュニケーション能力、

10）後輩医師への指導

3）経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等）

（1）経験すべき疾患・病態

主担当医として受け持つ経験症例は専門研修を修了するまでに200症例以上を目標とします。受け持ち患者が特定の分野に偏らないように内科全分野を70疾患群に分類して、これらの疾患群の中から１症例以上受け持つことを目標とします。主担当医であることと適切な診療が行われたか否かの評価についてはJ-OSLERを通じて指導医が確認し承認します。なお、専門研修において、内科領域はその幅の広さと稀少疾患の存在から全疾患群を受け持つ機会が困難な場合が想定されます。臨床研修中の内科研修での経験も内科専門研修で得られなかった貴重な経験が含まれる場合があり、これらを省察し学習することは専門研修においても有益と考えられるため、専攻医が臨床研修中に経験した症例のうち、主担当医として適切な医療を行い、専攻医のレベルと同等以上の適切な考察を行っていると指導医が確認できる場合に限り、臨床研修中の内科研修で経験した症例を最低限の範囲で登録することを認めます。これも同様にJ-OSLERを通じて指導医が確認と承認を行います。

（2）経験すべき診察・検査等

内科で修得すべき診察と検査は、横断的および分野特異的なものに分けて設定されています。これらは症例経験を積む中で身につけていくべきものであり、その達成度は指導医が確認します。

（3）経験すべき手術・処置等

内科領域の全ての専門医に求められる手技について、「技術・技能評価手帳」に示されています。内科領域ではこれらの到達目標を症例経験数で一律に規定することはしません。手術や手技等については、到達目標として提示した疾患や病態の主体的経験を通じて修得すべきであり、安全に実施または判定できることが求められます。これらは専攻医が経験をするたびにJ-OSLERへの登録を行い、指導医が承認を行うことによってその到達度が評価されま

す。

また、バイタルサインに異常をきたすような救急患者や急変患者あるいは重症患者の診療と心肺機能停止状態の患者に対する蘇生手技とについては、受け持ちの症例経験のみならず、off-the-jobtrainingとしてシミュレーターを用いたJMECC（内科救急講習会）受講によって修得します。

（４）地域医療の経験（病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療等）

内科領域では、多岐にわたる疾患群を経験するために地域の中核となる総合病院での研修は必須であり、臓器別のサブスペシャルティ領域に支えられた高度な急性期医療を経験すると同時に、地域の病診・病病連携の中核としての役割を経験します。これらは主に専門研修基幹施設における研修を想定しています。一方、３年間の専門研修期間のうち、一定期間を地域に根ざす第一線の病院で研修することも必須です。これは主に連携施設での研修を想定しています。この研修では、コモンディジーズの経験をすると同時に、中核病院との病病連携や診療所と中核病院との間をつなぐ病診・病病連携の役割を経験します。このように、立場や地域における役割の異なる複数の医療機関で研修を行うことによって、各医療機関が地域においてどのような役割を果たしているかを経験し、内科専門医に求められる役割を実践します。また、指導医が在籍していない診療所や過疎地の病院等は特別連携施設と定義され、プログラム統括責任者と指導医による管理のもとで１年以内の研修が認められています。

（５）学術活動

内科専攻医に求められる姿勢とは単に症例を経験することにとどまらず、これらを自ら深めてゆく姿勢です。生涯にわたって自己研鑽を継続するために、症例の経験を深める学術活動と教育活動とを目標とします。

教育活動（必須）

１）臨床研修医あるいは医学部学生の指導を行う。

２）後輩専攻医の指導を行う。

３）メディカルスタッフを尊重し、指導を行う。

学術活動

４）内科系の学術集会や企画に年2回以上参加する（必須）。

※　推奨される講演会等は、日本内科学会本部または支部主催の生涯教育講演会、年次講演会、CPCおよび内科系サブスペシャルティ学会の学術講演会・講習会等です。

５）経験症例をもとに文献検索を行い、症例報告を行う。

６）クリニカルクエスチョンを特定して臨床研究を行う。

７）内科学に関連する基礎研究を行う。

（上記のうち５）～７）は筆頭演者または筆頭著者として学会あるいは論文発表を２件以上行うことが求められます。）

3．専門研修の目標（アウトカム）を達成するための方法

1）臨床現場での学習

（1） 各診療科あるいは内科合同カンファレンスなどを通じて、病態や診断過程の理解を深め、多面的な視点や最新情報を得ます。また、プレゼンターとして情報検索とコミュニケーション能力を向上させます。

（2） 初診を含む外来の担当医として経験を積みます。

（3） 内科領域の救急診療の経験を、外来あるいは当直を通じて積みます。

2）臨床現場を離れた学習（各専門医制度において学ぶべき事項）

（1）内科領域の救急対応、（2）最新のエビデンスや病態理解・治療法の理解、（3）標準的な医療安全や感染対策に関する事項、（4）医療倫理、医療安全、感染対策、臨床研究や利益相反に関する事項、（5）専攻医の指導・評価方法に関する事項等は、抄読会や内科系学術集会、指導医講習会、JMECC等において学習します。また、CPCに参加し、診断、治療の理解を深めます。上記のJMECCでは、シミュレーションによる手技修得の他に、チーム医療を実践するトレーニングとしての役割も学びます。

なお、医療倫理・医療安全・感染対策に関する講習は、日本専門医機構が定める専門医共通講習と同等の内容を年に2回以上受講することが求められます。

3）自己学習（学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示）

本カリキュラムでは、日本内科学会が策定した専門研修プログラム整備基準に基づき，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）に分類しています。また、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）に分類し、さらに、症例に関する到達レベルをA（主担当医として自ら経験した）、B（間接的に経験している〈実症例をチームとして経験した、または症例検討会を通して経験した〉）、C（レクチャー、セミナー、学会が公認するセルフスタディやコンピューターシミュレーションで学習した）に分類しています。自身の経験がなくても自己学習すべき項目については、内科系学会が行っているセミナーのDVDやオンデマンドの配信さらに、日本内科学会雑誌のMultiple Choice Questions(MCQ)や、日本内科学会の行っているセルフトレーニング問題を活用して学習します。

4）専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス（最終頁別表参照）

内科領域研修は広範囲にわたり、どの臓器別専門分野から研修を行うかについては専攻医ごとに異なります。そこで、年度ごとの知識・技能・態度の修練プロセスはについて、以下

に達成の目安を示します。

○　専門研修１年：

・　症例：専攻医はカリキュラムで定められた70疾患群のうち、20疾患群以上を経験し、J-OSLERにその研修内容を登録します。各専攻医の症例指導医は、登録された症例の評価と承認を行います。

・　専門研修修了に必要な病歴要約を10編以上、J-OSLERに登録します。担当指導医は登録された病歴要約の評価を行います。

・　技能：専攻医は研修中の疾患群に対する診断と治療で必要な身体診察、検査所見の解釈、および治療方針の決定を指導医とともに行います。

・　態度：専攻医は態度の評価において、専攻医による自己評価に加え、指導医およびメディカルスタッフによる360度評価（専攻医評価と多職種評価）を用いて複数回実施されます。結果については、担当指導医がフィードバックを提供します。

○　専門研修２年：

・　症例：専攻医はカリキュラムに定められた70のうち、通算で45疾患群以上の経験をし、J-OSLERにその研修内容を登録します。各専攻医の症例指導医は、登録された症例の評価と承認を行います。

・　専門研修修了に必要な病歴要約（指定された29症例以上）を全てJ-OSLERに登録します。担当指導医は登録された病歴要約の評価を行います。

・　技能：専攻医は研修中の疾患群に対する診断と治療で必要な身体診察、検査所見の解釈、および治療方針の決定を指導医の監督下で行います。

・　態度：専攻医は態度の評価において、専攻医による自己評価に加え、指導医およびメディカルスタッフによる360度評価を用いて、複数回実施されます。専門研修1年次に行われた評価についての省察と改善とが図られたか否かを、担当指導医がフィードバックします。

○　専門研修３年：

・　症例：専攻医は主担当医としてカリキュラムに定める全70疾患群を経験し、200症例以上経験することを目標とします。修了認定には、主担当医として通算で最低56疾患群以上の経験と計120症例以上（外来症例は1割まで含むことができる）を経験し、J-OSLERに登録します。症例指導医は専攻医として適切な経験と知識の修得ができているかどうかを確認します。不十分と考えられた場合にはフィードバックと再指導とを行います。また、既に専門研修2年次までに登録を終えた病歴要約は、所属するプログラムにおける一次評価を受け、その後、日本内科学会の病歴要約二次評価査読委員による査読を受け、受理されるまで改訂を重ねます。

・　査読者の評価を受け、形成的により良いものへの改訂を促します。ただし、改訂に値しない内容の場合は、その年度の受理を一切認めないこともありえます。

・　技能：専攻医は内科領域全般にわたる診断と治療で必要な身体診察、検査所見の解

釈、および治療方針の決定を自立して行います。

・ 態度：専攻医は態度の評価において、専攻医による自己評価に加え、指導医およびメディカルスタッフによる360度評価を用いて、複数回実施されます。専門研修2年次に行った評価についての省察と改善とが図られたか否かを、担当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、自己学習能力が修得されているかを担当指導医との面談を通じて評価し、さらなる改善を図ります。

4．専門研修の目標（アウトカム）達成の評価

1）形成的評価

（1）フィードバックの方法とシステム

形成的評価は研修期間中に行われる評価であり、専攻医の研修記録に対して指導医が評価を実施するとともに専攻医にフィードバックし、評価そのものにより医師としての成長を促すことを目的としています。専門研修では領域内の各分野で基幹施設と連携施設、さらには特別連携施設をローテーションするので、J-OSLERを利用して3年間を通じての研修状況の継続的な記録と把握が行われます。専攻医はwebを通じて研修内容をJ-OSLERに登録し、指導医はその履修状況を確認してフィードバックし、システム上で承認します。この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行われます。

年に複数回、自己評価、指導医による評価、ならびにメディカルスタッフによる360度評価が行われます。その結果はJ-OSLERを通じて集計され、担当指導医によって専攻医にフィードバックされ、改善が促されます。

病歴記載能力を形成的に深化させるために、専門研修2年修了時までに29症例の病歴要約を順次作成し、J-OSLERに登録します。プログラム内の病歴指導医、病歴要約二次評価査読委員による評価とフィードバックが行われ、専門研修3年次修了までに全ての病歴要約が受理されるように改訂します。

施設の研修委員会は年に複数回、プログラム管理委員会は年に1回以上、J-OSLERを用いて、専攻医の履修状況を確認して適切な助言を行います。必要に応じて専攻医の研修中でもプログラムの修整が行われます。

（2）（指導医層の）フィードバック法の学習（FD）

指導法の標準化のため厚生労働省が実施する指導医講習会の受講が推奨されます。

2）総括的評価

（1）評価項目・基準と時期

○ 担当指導医はJ-OSLERを使用し、症例経験と病歴要約の指導と評価および承認を行い

ます。専攻医は、1年目の専門研修修了時には、カリキュラムに定める70疾患群のうち20疾患群以上の経験と病歴要約を10編以上の記載と登録が行われるようにします。また、2年目の専門研修修了時には、70疾患群のうち45疾患群以上の経験と病歴要約計29編の記載と登録が行われるよう指導します。さらに、3年目の専門研修修了時には、70疾患群のうち56疾患群以上の症例を経験し登録します。年次ごとに登録された内容は都度、指導医が評価し、承認します。進行状況に遅れがある場合には、担当指導医と専攻医とが面談の後、施設の研修委員会とプログラム管理委員会で検討が行われます。

○ 内科領域の臓器別スペシャルティ領域をローテーション研修する場合には、当該領域で直接指導を行う指導医がそのローテーション研修終了時に、J-OSLERを用いて指導医による内科専攻医評価を行い、研修態度や全人的医療の実践をはじめとした医療者としての態度の評価とフィードバックとを行います。

○ メディカルスタッフによる360度評価は年に複数回行ってフィードバックが行われます。

（2）評価の責任者

内科領域の分野のローテーションでは担当指導医が評価を行い、基幹施設または連携施設の研修委員会で検討されます。その結果は、年度ごとにプログラム管理委員会で検討され、統括責任者が最終承認を行います。

（3）修了判定のプロセス（専門研修プログラム整備基準【内科領域】一般社団法人日本内科学会改定第２版最終頁別表参照）

① 担当指導医は、J-OSLERを用いて専攻医の研修内容を評価し、以下の修了を確認します。

- 主担当医としてカリキュラムに定める全70疾患群を経験し、計200症例以上（外来症例は20症例まで含むことができる）を経験し、その研修内容をJ-OSLERに登録することが目標ですが、修了認定には、主担当医として通算で最低56疾患群以上の経験と計120症例以上の症例（外来症例は登録症例の1割まで含むことができる）を経験し、登録する必要があります（各疾患領域は50%以上の疾患群での経験が必要です）。
- 29病歴要約の査読後の受理（accept）
- J-OSLERを用いてメディカルスタッフによる360度評価と指導医による内科専攻医評価を参照し、医師としての適性の判定を行います。

② 上記を確認後、プログラム管理委員会で合議のうえ統括責任者が最終判定を行います。

（4）多職種評価

専攻医の評価においては、多職種による内科専門研修評価が行われます。社会人としての適性、医師としての適性、コミュニケーション、チーム医療の一員としての適性を多職種が評価します。評価は無記名方式で、統括責任者が各施設の研修委員会に委託して2名から5名までの異なる職種による評価が実施されます。その結果は担当指導医が取りまとめ、J-OSLERに登録します（他職種がシステムにアクセスすることを避けるため）。評価結果をもとに担当指導医がフィードバックを行って専攻医に改善を促します。改善状況を確認し、形成的な評価として年に複数回の評価が行われます。なお、1年間に複数の施設に在籍する場合には、各施設で評価を行うことが望まれます。これらの評価を参考に、修了判定時に医師としての

社会人適性を判断します。

5．専門研修施設とプログラムの認定基準

本プログラムは，日本専門医機構内科領域研修委員会によって認定された内科専門医プログラムです。本プログラムは以下のような内科専門研修施設ならびにプログラム認定基準を満たしています。

1）専門研修基幹施設の認定基準

専門研修基幹施設は以下の条件を満たし、日本専門医機構内科領域研修委員会がにより、過去の専門医養成実績も勘案して認定されています。

（1）専攻医の環境

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

（2）専門研修プログラムの環境

- 指導医が3名以上在籍していること。
- プログラム管理委員会を設置し、基幹施設と連携施設に設置されている研修委員会との連携を図ることができること。
- 基幹施設内において研修する専攻医の研修を管理する研修委員会が設置されていること。
- 医療倫理・医療安全・感染対策講習会を定期的に開催して、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。
- 研修施設群合同カンファレンスを定期的に主催し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。

- CPCを定期的に開催し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。
- 地域参加型のカンファレンスを定期的に開催し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。
- プログラムに所属する全専攻医にJMECC受講の機会を提供し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。
- 施設実地調査（サイトビジット）に対応可能な体制が整っていること。
- プログラムに指導医の在籍していない施設（特別連携施設：診療所や過疎地病院、あるいは研究施設等を想定）での専門研修が含まれる場合には、基幹施設に所属する指導医がその施設での研修指導を行えるような工夫をしていること（テレビ電話等）。

（3）診療経験の環境

- カリキュラムに示された内科領域13分野のうち7分野以上で定常的に専門研修が可能な症例数を診療していること。
- 70疾患群のうち35以上の疾患群が研修可能であること。
- 専門研修に必要な剖検を適切に行っていること。

（4）学術活動の環境

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

2）専門研修連携施設の認定基準

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

（1）専攻医の環境

- 臨床研修指定病院であることが望ましい（必須ではない）。
- 研修に必要なインターネットの環境が施設内に整備されていること。
- 適切な労務環境が保障されていること。
- メンタルストレスに適切に対処するため基幹施設と連携可能であること。
- ハラスメント対策委員会が整備されていること。

・　女性専攻医向けの安全な休憩室や更衣室等が配慮されていること。

・　敷地内外を問わず保育施設等が利用可能であること。

（2）専門研修プログラムの環境

・　指導医が1名以上在籍していること（施設の研修委員会）。

・　研修委員会を設置して、施設内で研修する専攻医の研修を管理し、基幹施設のプログラム管理委員会と連携を図ることができること。

・　医療倫理・医療安全・感染対策講習会の定期的な開催ができること（必須ではない）。開催している場合には、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。開催が困難な場合には、基幹施設で行う上記講習会の受講を専攻医に義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。

・　研修施設群合同カンファレンスを定期的に参画し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。

・　CPCを定期的に開催し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること（必須ではない）。開催が困難な場合には、基幹施設で行うCPC、もしくは日本内科学会が企画するCPCの受講を専攻医に義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。

・　地域参加型のカンファレンスを定期的に参画し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。

（3）診療経験の環境

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

（4）学術活動の環境

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

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

3）専門研修施設群の構成要件

内科専門研修プログラムは複数の専門研修施設が協力して運営されます。カリキュラムに示された疾患経験をどのように施設内で配分するかはプログラムにおいて設定され、その妥

当性を示すことが求められますが、以下を勘案して日本専門医機構内科領域研修委員会が承認します。

専門研修基幹施設は地域で中核となる急性期病院であり、そこでの研修は、地域における中核的な医療機関の果たす役割、高度な急性期医療、あるいは稀少疾患を中心とした診療経験を研修することや、臨床研究や症例報告等の学術活動の素養を身につけることに適している。一方、連携施設や特別連携施設では、地域の第一線に立ち、患者の生活により近づいてコモンディジーズを中心とした急性期および慢性期医療を経験することにより、地域医療や全人的医療を研修するのに適している。これらを組み合わせて、高度な急性期医療と患者の生活に根ざした地域医療とを経験できるように施設群を形成することが求められる。このような施設群による3年間の専門研修で、幅広く柔軟性に富んだ専門医を養成する。

4）専門研修施設群の地理的範囲

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

5）専攻医受入数についての基準（診療実績、指導医数等による）

（1） 指導医数：基幹施設と連携施設とに所属し、かつその専門研修プログラムに専属の指導医の人数の合計数が年度内募集定員の上限です。なお、ここでの指導医とは別に定める日本内科学会指導医要件（項目36）を満たし、専門研修プログラムに指導医としての役割が登録された医師です。

※ 指導医1名は同時に3名までの専攻医を指導できます。内科以外の専攻医を指導する場合はこの数に含まれません。

（2） 施設群の年度内募集専攻医数は3名以上である必要があります。

（3） 入院患者および外来患者数を合わせた診療実績において、70疾患群の症例経験（剖検症例含む）が専攻医の人数分は担保されなければなりません。

6）地域医療・地域連携への対応

内科専門研修では、人口集中地域か過疎地域かを問わず、それぞれの地域の医療の中核として病病・病診連携において主に患者の紹介を受ける立場の基幹施設での研修と、地域住民に密着して患者の紹介を受ける一方、基幹施設に紹介する立場でもある連携施設での研修を通じて、地域医療を幅広く研修することが特徴とされます。これによって、専門研修の制度開始による医師の都市部大病院への偏在という負の影響を回避しつつ、専門研修の質を高めることができるとされます。また、内科領域のプログラムでは、指導医が不在となるような診療所等での研修も可能になるように、特別連携施設を設定し、地域のニーズや専攻医のニーズに応えることができるように工夫されています。

7）地域において指導の質を落とさないための方法

僻地など、研修体制が充実していない場所での指導については、電話、メール、Web会議等を通じて容易に指導医と連絡が取れることが必須です。専攻医が基幹施設へ訪問するか、あるいは指導医が研修施設へ訪問するなど、月に数回程度、専攻医と指導医との間で直接的な指導を行う体制を構築することが必要です。また、DVDやビデオの教材やオンデマンド配信、オンライン研修を利用できる環境であることが条件とされます。

8）研究に関する考え方

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

9）診療実績基準（基幹施設と連携施設）[症例数・疾患・検査/処置・手術等]

基幹施設：地域の中核をなす急性期病院で以下を満たします。

- 病院病床数：原則、300床以上
- カリキュラムに示す内科領域13分野のうち7分野以上で定常的に専門研修が可能な症例数を診療していること。
- 70疾患群のうち35以上の疾患群について研修できること。

連携施設：施設の外形基準は定められていません。

１０）サブスペシャルティ領域との連続性について

内科領域では18領域のサブスペシャルティ領域を擁し、これらは基本領域内科研修を踏まえた『連動研修』、『通常研修』、『補完研修』として3つに区分されています。これらサブスペシャルティ領域の取り組みについては『日本専門医機構サブスペシャルティ領域研修細則第二版』に基づいて行われます。なお、この内科専門研修プログラムは内科領域全般を幅広く研修することを求めており、各サブスペシャルティ領域にのみ傾倒したプログラムは認められません。

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

１１）専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

やむを得ない事情により内科領域内でのプログラムの移動が必要になった場合、J-OSLERを活用することにより、これまでの研修内容が可視化され、移動する新しいプログラムにおいても、移動後に必要とされる研修内容が明確になります。これに基づき、移動前後のプログラム管理委員会が、その継続的研修を相互に認証することにより、専攻医の継続的な研修が可能です。他の領域から内科領域での専門研修プログラムに移行する場合、他の専門研修を修了し新たに内科領域専門研修をはじめる場合、あるいは臨床研修制度における内科研修において専門研修での経験に匹敵する経験をしている場合には、当該専攻医が症例経験の根拠となる記録を担当指導医に提示し、担当指導医が内科専門研修の経験としてふさわしいと認め、さらにプログラムの統括責任者が認めた場合に限り、J-OSLERへの登録が認められます（最大、修了要件の半数までを許容）。症例経験として適切か否かの最終判定は日本専門医機構内科領域研修委員会が行います。

特定の理由（海外への留学や勤務、妊娠・出産・育児、病気療養、介護、災害被災等）による休職については、プログラム修了要件を満たし、休職期間が6か月以内であれば、研修期間の延長は不要ですが、それを超える期間の休止の場合は、研修期間の延長が必要です。

週31時間未満の勤務時間となる場合は、時短勤務の扱いとなりますが、これについては別途用意された『内科領域カリキュラム制（単位制）による研修制度』を適用することで、研修期間として換算することができます。ただし、週31時間以上のフルタイムで勤務を行った場合と比べ、有効な研修期間は短くなります。

６．専門研修プログラムを支える体制

１）専門研修プログラムの管理運営体制の基準

基幹施設では、プログラムとそれに属する全ての内科専攻医の研修に責任をもって管理するプログラム管理委員会を設置し、プログラム統括責任者を置きます。統括責任者はプログラムの適切な運営と進化に責任を負います。プログラム管理委員会の下部組織として、基幹施設および連携施設に当該施設にて行う専攻医の研修を管理する施設研修委員会を置き、委員長がこれを統括します。

２）基幹施設の役割

基幹施設は施設群を取りまとめる統括組織として機能し、研修プログラム管理委員会を置いて、プログラムの管理および修了判定を行います。また、各施設の研修委員会で行う専攻医の診療実績や研修内容の検証から、プログラム全体で必要となる事項を決定します。指導医講習会の開催や連携施設での実施が困難な講習会（JMECCやCPC等）の開催も担います。

３）専門研修指導医の基準

指導医は日本内科学会が定める以下の要件を満たすことが必要である。

【必須要件】

・　内科専門医資格を取得していること。

・　専門医取得後に臨床研究論文（症例報告含む）を発表（「firstauthor」もしくは「correspondingauthor」であること）しているか、もしくは学位を有していること。

・　厚生労働省の指導医講習会を修了していること。

・　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）】

・　CPC、CC、学術集会（医師会含む）等への主導的立場での関与・参加。

・　日本内科学会での教育活動（病歴要約の査読、JMECCのインストラクター等）

これら「必須要件」と「選択とされる要件」を満たした後、各プログラム管理委員会から指導医としての推薦を受ける必要があります。この推薦を踏まえて審査を受け、合格したものが内科指導医として認定されます。ただし，時限的に下記の特例措置（※）が実施されています。

※　ただし、当初は指導医の数も多く見込めないことから、すでに「総合内科専門医」を取得している方々は、申請時に指導実績や診療実績が十分であれば、内科指導医の登録を認める。また、移行期における指導医の引き抜き等の混乱を避けるために、現行の日本内科学会の定める指導医については、これまでの指導実績から、移行期間（2027年度までコロナ禍の期間を配慮）においてのみ指導医と認める。

4）プログラム管理委員会の役割と権限

プログラム管理委員会の主な役割は以下のものがあります。

・　プログラムの作成と改善

・　CPC、JMECC等の開催

・　適切な評価の保証

・　J-OSLERを通じたプログラム修了判定

・　各施設の研修委員会に対する指導権限を有し、同委員会における各専攻医の進捗状況の把握、問題点の抽出と解決、および各指導医への助言や指導に最終責任を負います。

5）プログラム統括責任者の基準、および役割と権限

基準：

・　基幹施設の内科領域の責任者あるいはそれに準ずる者であること。

・　日本内科学会の指導医であること。

・　専攻医数が計20名を超える場合は、プログラム副統括責任者を置き、プログラム副統括責任者も統括責任者に準ずる要件を満たすこと。

役割・権限：

・　プログラム管理委員会を主宰して、プログラムの作成と改善に責任を持つ。

・　各施設の研修委員会を統括する。

・　専攻医の採用および修了認定を行う。

・　指導医の管理と支援を行う。

6）連携施設での委員会組織

基幹施設と各連携施設には研修委員会を必ず設置し、委員長1名（指導医）を置きます。委員長は上部委員会であるプログラム管理委員会（基幹施設に設置）の委員となり、基幹施設との連携のもとで活動します。

7）労働環境、労働安全、勤務条件

労働基準法や医療法を遵守し、専攻医の心身の健康維持に配慮した環境整備は研修委員会の責務です。時間外勤務の上限を明示し、労働条件をプログラムに明記します。2024年より医師の働き方改革が始まったことにともない、専攻医のみならず指導医の労働環境についても配慮します。

本プログラムでの研修においては、本学ならびに本学附属病院で定められた労働基準に基づいて研修が行われます。

7．専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

1）研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

内科専門研修に携わる者（専攻医、指導医等）は、日本内科学会の定めるJ-OSLERを利用して、以下の内容をwebベースで日時を含めて記録します。

・　専攻医は全70疾患群の経験と200症例以上を主担当医として経験することを目標に、通算で最低56疾患群以上120症例の研修内容を登録します。指導医はこれを評価し、合格基準に達したと判断した場合に承認を行います。

・　指導医による専攻医の評価、メディカルスタッフによる360度評価、専攻医による逆評価を入力して記録します。

- 専攻医は、全29症例の病歴要約を指導医が校閲後に登録し、専門研修施設群とは別の日本内科学会病歴要約二次評価査読委員（二次査読）による外部評価とフィードバックを受け、指摘事項に基づく改訂がアクセプトされるまでシステム上で継続します。
- 専攻医は学会発表や論文発表の記録をシステム上に登録します。
- 専攻医は各専門研修プログラムで出席を求められる講習会（例：CPC、地域連携カンファレンス、医療倫理・医療安全・感染対策講習会等）の出席をシステム上に登録します。
- 上記の研修記録と評価はリアルタイムで把握され、担当指導医、研修委員会、ならびに研修プログラム管理委員会が専攻医の進捗状況を年次ごとに確認し、到達目標の達成状況を判断します。
- 専攻医の症例経験入力日時と指導医の評価の日時の差を計測することによって担当指導医が専攻医の研修にどの程度関与しているかをモニタすることができます。このデータを基に、担当指導医、研修委員会、ならびにプログラム管理委員会は専攻医の研修状況のみならず、担当指導医の指導状況や、各研修施設群での研修状況の把握を行い、プログラムの改善に役立てることができます。
- 日本専門医機構内科領域研修委員会は研修施設群の専攻医の研修状況を把握し、プログラムの妥当性を検証することができます。

2）医師としての適性の評価

多職種による内科専門研修評価（社会人としての適性、医師としての適性、コミュニケーション、チーム医療の一員としての適性）を他職種が行います。評価は無記名方式で行われ、統括責任者が各施設の研修委員会に委託し、2名から5名までの複数職種による回答を依頼します。回答は紙ベースで収集された後、担当指導医がJ-OSLERにこれを登録します（他職種がシステムにアクセスすることを避けるため）。評価結果をもとに担当指導医がフィードバックを行い、専攻医の改善を促します。年に複数回評価を実施し、専攻医が複数の施設に在籍する場合には、各施設で評価を行うことが望まれます。

3）プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

各専門研修プログラムでは、下記のマニュアルとフォーマットを整備する必要があります。なお、専攻医の研修実績と到達度、評価と逆評価、病歴要約、学術活動の記録、および各種講習会出席の記録をJ-OSLERで行います。

◎専攻医研修マニュアル

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

1） 専門研修後の医師像と修了後に想定される勤務形態や勤務先

2） 専門研修の期間

3） 研修施設群の各施設名

4） プログラムに関わる委員会と委員、および指導医名

5） 各施設での研修内容と期間

6） 本整備基準とカリキュラムに示す疾患群のうち主要な疾患の年間診療件数

7） 本整備基準に示す年次ごとの症例経験到達目標を達成するための研修の具体的な目安

8） 自己評価と指導医評価、ならびに360度評価の時期とフィードバックの時期

9） プログラム修了の基準

10） 専門医申請に向けての手順

11） プログラムおよび各施設での待遇

12） プログラムの特色

13） 継続したサブスペシャルティ領域の研修の可否

14） 逆評価の方法とプログラム改良に向けた姿勢

15） 研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難な場合の相談先の明示（日本専門医機構内科領域研修委員会とする）

16） その他

◎指導者マニュアル

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

1） 上記の専攻医研修ガイドの記載内容に対応したプログラムにおいて期待される指導医の役割

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

3） 個別の症例経験に対する評価方法と評価基準

4） J-OSLERの利用方法

5） 逆評価とJ-OSLERを用いた指導医の指導状況把握

6） 指導に難渋する専攻医の扱い方

7） プログラムおよび各施設における指導医の待遇

8） FD（ファカルティ・ディベロップメント）講習の出席義務

9） 研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難な場合の相談先の明示（日本専門医機構内科領域研修委員会とする）

10） その他

◎専攻医研修実績記録フォーマット

J-OSLERを用いる。

◎指導医による指導とフィードバックの記録

J-OSLERを用いる。

◎指導者研修計画（FD）の実施記録

J-OSLERを用いる。

8．専門研修プログラムの評価と改善

1）専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価

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

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

施設の研修委員会、プログラム管理委員会、および日本専門医機構内科領域研修委員会はJ-OSLERを使用して、専攻医の逆評価、専攻医の研修状況を把握します。把握した事項については、プログラム管理委員会が以下に分類して対応を検討します。

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）長期的に改善を要する事項

4）内科領域全体で改善を要する事項

5）特に改善を要しない事項

なお、研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決困難な場合は、専攻医や指導医から日本専門医機構内科領域研修委員会に相談します。内科領域研修委員会が上記と同様に分類して対応します。

- 担当指導医、施設の研修委員会、プログラム管理委員会、および日本専門医機構内科領域研修委員会はJ-OSLERを用いて専攻医の研修状況を定期的にモニタし、研修プログラムが円滑に進められているか否かを判断して研修プログラムを評価します。

- 担当指導医、研修委員会、プログラム管理委員会、および日本専門医機構内科領域

研修委員会はJ-OSLERを用いて担当指導医が専攻医の研修にどの程度関与しているかをモニタします。

このモニタを活用して、プログラム内の自律的な改善に役立てるとともに、プログラム内の自律的な改善が難しい場合は、日本専門医機構内科領域研修委員会が適切に支援を行い、場合によっては指導を行います。また、このモニタを活用することによって、理想的にプログラムを運営しているところについてはモデルケースとして積極的に顕彰等を行い、全国のプログラム運営全体の効果的な促進に役立てます。

3）研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

サイトビジットは、内科専門医によって相互の研修プログラムを形成的に評価し、自律的な改善努力を行うために必要です。各プログラムはサイトビジットの重要性を理解し、基幹施設は必要に応じて日本専門医機構または日本専門医機構内科領域研修委員会のサイトビジットを受け入れる必要があります。それに際して、求められる資料はプログラム管理委員会によって遅滞なく提出されなければなりません。また、虚偽の申告やサイトビジットに対応できない等の不適切な事象が認められた場合には日本専門医機構内科領域研修委員会で対応が検討されます。なお、日本専門医機構内科領域研修委員会はJ-OSLERを用いて各プログラムの専攻医の研修進捗状況を把握して、サイトビジットを行います。

9．専攻医の採用と修了

1）採用方法

プログラムは公表され、それに基づいて応募する専攻医は、プログラム管理委員会が選考します。選考基準は各プログラムで設定されますが、面接は必須要件です。

2）修了要件

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

（1） 主担当医としてカリキュラムに定める全70疾患群の全てを経験し、計200症例以上（外来症例は20症例まで含むことができる）を経験することを目標とする。ただし、修了認定には、主担当医として通算で最低56疾患群以上の経験と計120症例以上の症例（外来症例は登録症例の1割まで含むことができる）を経験し、登録しなければならない。

（2） 所定の受理された29編の病歴要約

（3） 所定の2編の学会発表または論文発表
また、日本内科学会本部または支部主催の生涯教育講演会、年次講演会、CPCおよび内科系サブスペシャルティ学会の学術講演会・講習会等の学術集会や企画に参加すること。

（4） JMECCの受講

（5） プログラムで定める講習会受講

（6） 医療倫理・医療安全・感染対策に関する講習会については、それら任意の異なる組み合わせにより、年2回以上の受講が必要とされる。

（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、医師としての適性に疑問がないこと。

専門研修プログラム整備基準【内科領域】一般社団法人日本内科学会改定第２版

最終頁別表①

内科専門研修 修了要件（「症例数」、「疾患群」、「病歴要約」）一覧表

	内容	症例数	疾患群	病歴要約提出数
分野	総合内科Ⅰ（一般）	計10以上	1	2
	総合内科Ⅱ（高齢者）		1	
	総合内科Ⅲ（腫瘍）		1	
	消化器	10以上	5以上	3
	循環器	10以上	5以上	3
	内分泌	3以上	2以上	3
	代謝	10以上	3以上	
	腎臓	10以上	4以上	2
	呼吸器	10以上	4以上	3
	血液	3以上	2以上	2
	神経	10以上	5以上	2
	アレルギー	3以上	1以上	1
	膠原病	3以上	1以上	1
	感染症	8以上	2以上	2
	救急	10以上	4	2
外科紹介症例		2以上		2
剖検症例		1以上		1
合計		120以上 (外来は最大12)	56 疾患群 (任意選択含む)	29 (外来は最大7)

専門研修プログラム整備基準【内科領域】一般社団法人日本内科学会改定第２版

最終頁別表②

1. 目標設定と修了要件
   以下に年次ごとの目標設定を掲げるが、目標はあくまで目安であるため必達ではなく、修了要件を満たせば問題ない。各プログラムでは専攻医の進捗、キャリア志向、ライフイベント等を踏まえ、研修計画は柔軟に取り組んでいただきたい。

	症例	疾患群	病歴要約
目標（研修終了時）	200	70	29
修了要件	120	56	29
専攻医2年修了時 目安	80	45	20
専攻医1年修了時 目安	40	20	10

2. 疾患群：修了要件に示した領域の合計数は41疾患群であるが、他に異なる15疾患群の経験を加えて、合計56疾患群以上の経験とする。
3. 病歴要約：病歴要約は全て異なる疾患群での提出が必要。ただし、外科紹介症例、剖検症例については、疾患群の重複を認める。
4. 各領域について
   ① 総合内科：病歴要約は「総合内科Ⅰ（一般）」、「総合内科Ⅱ（高齢者）」、「総合内科（腫瘍）」の異なる領域から1例ずつ計2例提出する。
   ② 消化器：疾患群の経験と病歴要約の提出それぞれにおいて「消化管」、「肝臓」、「胆・膵」が含まれること。
   ③ 内分泌と代謝：それぞれ1症例ずつ以上の病歴要約を提出する。
   例）「内分泌」2例＋「代謝」1例、「内分泌」1例＋「代謝」2例
5. 臨床研修時の症例について：例外的に各プログラムの委員会が認める内容に限り、その登録が認められる。登録は最大60症例を上限とし、病歴要約への適用については最大14症例を上限とする。

専門研修プログラム整備基準【内科領域】一般社団法人日本内科学会改定第２版

最終頁別表③

GeneralMedicine(GM)コース

	基本コース											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	呼吸器・血液・アレルギー			神経			循環器・腎臓			消化器・内分泌		
	1回/月のプラマリケア当直研修を6ヶ月間行う											
		1年目にJMECCを受講										
2年目	関連施設			関連施設			関連施設			関連施設		
	関連施設では外来診療も経験する									内科専門医取得のための病歴提出		
3年目	救急・ICU			腫瘍・緩和ケア・糖尿病			総合内科・膠原病			選択科		
	初診+再診外来 週に1回担当											
	(3年目までに外来研修を終了する)											

Generalist-Specialist/Scientist(GS)コース

Generalist-Specialist/Scientist (GS) コース　呼吸器・アレルギー・血液内科

(例) 呼吸器内科をSubspecialtyにした場合の重点コース												
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	呼吸器・アレルギー・血液内科				他内科		他内科		他内科		他内科	
		5月から1回/月のプラマリケア当直研修を6ヶ月間行います（土日ERにて研修を行う。）										
		1年目にJMECCを受講(プログラムの要件)										
2年目	連携施設(呼吸器疾患専門施設・一般内科研修施設を半年づつローテートする)											
										内科専門医取得のための病歴提出準備		
3年目	他内科		他内科		呼吸器・アレルギー・血液内科						症例が不足する診療科をローテーション	
	初診+再診外来 週に1回担当(一般内科施設研修時)											
そのほかのプログラムの要件	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											

他科の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、他科を原則として各2ヶ月間ローテーションします。ローテーションの順序は後期研修センターと医局との調整で決定しますが、充足状況などを勘案し、2年目最後の2ヶ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ローテーション先の科にて当直をします。入局先の検査や業務は他科ローテーション中は免除します。大学院進学の希望者に対しては、3年目のカリキュラムにSubspecialtyとして組み入れます

奈良県立医科大学附属病院
内科専門医研修プログラム
専攻医マニュアル

奈良県立医科大学附属病院 内科専門医研修プログラム
専攻医マニュアル

目次

１．内科研修後の医師像と研修修了後に想定される勤務形態や勤務先 2
２．専門研修の期間 2
３．研修施設群の各施設名 2
４．プログラムに関わる委員会と委員、および指導医名 2
５．各施設での研修内容と期間 2
６．主要な疾患の年間診療件数 3
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 .. 3
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 5
９．プログラム修了の基準 5
１０．専門医申請に向けての手順 6
１１．プログラムおよび各施設での待遇 6
１２．プログラムの特色 6
１３．継続した subspecialty 領域の研修の可否 7
１４．逆評価の方法とプログラム改良姿勢 7
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 7

１．　内科研修後の医師像と研修修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。

２）　内科系救急医療の専門医：内科系急性・救急疾患に対してトリアージを含めて適切に対応できる、地域での内科系救急医療を実践します。

３）　病院での総合内科専門医（generalist）：病院の内科系診療で、内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち、総合内科医療を実践します。

４）　総合内科的視点を持った subspecialist：病院での内科系 subspecialty を担当する中で、総合内科医（generalist）の視点を持ち合わせた内科系 subspecialist として診療を実践します。

本プログラムは、奈良県立医科大学附属病院を基幹病院として多くの連携施設と病院群を形成しています。本プログラムは、専攻医に複数の施設で経験を積ませることにより、様々な環境に対応できる内科専門医を養成する体制を整えています。

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、3 年間の内科専門研修（専攻医研修）を経て育成されます。

３．　研修施設群の各施設名

基幹病院：奈良県立医科大学附属病院
連携施設・特別連携施設：

連携施設

昭和医科大学病院
虎の門病院分院
昭和医科大学横浜市北部病院
社会福祉法人京都社会事業財団
京都桂病院
浅香山病院
馬場記念病院
関西医科大学香里病院
和泉市立総合医療センター
泉大津急性期メディカルセンター
（旧 府中病院）
白鷺病院
東住吉森本病院
大阪医科薬科大学病院
大阪公立大学医学部附属病院
大野記念病院
多根総合病院
大阪急性期・総合医療センター
育和会記念病院
関西医科大学附属病院
大阪暁明館病院
関西医科大学総合医療センター

守口生野記念病院
城山病院
富永病院
市立柏原病院
石切生喜病院
市立東大阪医療センター
医真会八尾総合病院
南大阪病院
ベルランド総合病院
堺市立総合医療センター
近畿大学病院
地方独立行政法人大阪府立病院機構　大阪国際がんセンター
ＪＣＨＯ大阪病院
ＪＣＨＯ星ヶ丘医療センター
大阪府済生会吹田病院
八尾市立病院
独立行政法人国立病院機構　大阪南医療センター
国立循環器病研究センター
井上病院
兵庫医科大学病院
西宮渡辺心臓脳・血管センター
兵庫県立尼崎総合医療センター
ツカザキ病院
医療法人　神甲会　隈病院
高の原中央病院
済生会奈良病院
市立奈良病院
西奈良中央病院
奈良県総合医療センター
ＪＣＨＯ大和郡山病院
近畿大学奈良病院
済生会中和病院
山の辺病院
奈良県西和医療センター
国保中央病院
大和高田市立病院
土庫病院
天理よろづ相談所病院
高井病院
平成記念病院
大和橿原病院
大阪市立総合医療センター
南奈良総合医療センター
南和広域医療企業団　吉野病院
香芝生喜病院
宇陀市立病院
国立病院機構奈良医療センター
橋本市民病院
和歌山県立医科大学附属病院
川崎医科大学総合医療センター
小倉記念病院

特別連携施設

奈良県総合リハビリテーションセンター
医療法人　桂会　平尾病院
社会福祉法人恩賜財団済生会御所病院
奈良西部病院
南和広域医療企業団五條病院

4. プログラムに関わる委員会と委員、および指導医名

内科専攻医研修を管理する「プログラム管理委員会」が奈良県立医科大学附属病院に設置されます。委員は、各内科診療科・センターから選任された管理委員からなり、1名の委員長が委員の互選で選任されます。また、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」が設置されます。委員会は、各内科診療科・センターから1名ずつ選任された委員で構成されます。研修委員会は、委員で互選された1名の委員長が統括します。研修委員会の議決などについては、最終的にプログラム管理委員会委員長が統括します。

奈良県立医科大学附属病院内科専門医プログラム管理委員会名簿

令和8年4月1日現在

所　　属	職	氏　　名	備　　考
循環器内科	部長	彦惣　俊吾	
腎臓内科	部長	鶴屋　和彦	
呼吸器・アレルギー内科	部長	室　繁郎	副委員長
血液内科	部長	松本　雅則	
消化器・代謝内科	部長	吉治　仁志	委員長
脳神経内科	部長	杉江　和馬	
総合診療科	部長	吉本　清巳	
感染症内科	部長	笠原　敬	
糖尿病・内分泌内科	部長	髙橋　裕	
腫瘍内科	部長	武田　真幸	
臨床研修センター	センター長	赤井　靖宏	副委員長
連携施設	実施責任者		

5. 各施設での研修内容と期間

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の 2 つのコース、①General Medicine (GM) コース、②Generalist-Specialist/Scientist (GS) コースを準備しています。コース選択後も条件を満たせばもう一方のコースへ移行できます。将来の subspecialty が未決定または高度な総合内科専門医を目指す場合は GM コース選択が勧められますが、将来の subspecialty が決定している場合で

も GM コース選択は可能です。専攻医は臨床研修センターの管理の下、3 年間で各内科や内科臨床に関連ある部門などをローテートします。

本プログラムは、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が得られる様に工夫されており、専攻医は卒後 5-6 年で内科専門医、その後 subspecialty 領域の専門医が取得できます。なお、コース選択時には、入局・非入局は原則問いませんが、将来の subspecialty が決定されている場合には入局して研修することが勧められます。本プログラムは、基幹施設である奈良県立医科大学附属病院での研修が中心になりますが、関連施設での研修は必須であり、原則 1 年間はいずれかの連携施設で研修します。連携施設では基幹病院では経験しにくい領域や地域医療の実際について学ぶことができます。

６． 主要な疾患の年間診療件数

内科専門医研修カリキュラムに掲載されている主要な疾患については、奈良県立医科大学附属病院（基幹病院）の DPC 病名を基本とした各内科診療科における疾患群別の入院患者数（H25 年度）を調査し、ほぼ全ての疾患群が充足されることを確認しています（10 の疾患群は外来での経験を含めるものとします)。本プログラムは、専攻医が出来うる限り全疾患群の経験ができるように、初期研修時での症例をもれなく登録すること、外来での疾患頻度が高い疾患群を診療できるシステム（外来症例割当システム）を構築することなどを通じて、専攻医が必要な症例経験できるように臨床研修センターで研修カリキュラムを一元的に管理します。

7． 年次ごとの症例経験到達目標を達成するための具体的な研修の目安

① General Medicine (GM) コース

本コースは、内科（Generality）専門医は勿論のこと、将来、内科指導医や高度な Generalist を目指す方に向けたコースです。また、将来の subspecialty が未定な場合に選択することもあり得ますが、将来の subspecialty が決定している場合でも GM コース選択は可能です。GM 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、原則 1-3 ヵ月を 1 単位として診療科をローテーションします。また、2 年目あるいは 3 年目に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。

専攻医は、いずれかの連携施設を原則として 1 年間ローテーションします（複数施設での研修の場合は研修期間の合計が 1 年間となります)。研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上、プログラム統括責任者が決定します。

② Generalist-Specialist/Scientist (GS) コース

希望する Subspecialty 領域を重点的に研修するコースです。研修開始直後の数ヶ月は原則的として希望する Subspecialty 領域にて初期トレーニングを行います。この期間、専攻医は、将来希望する内科においてロールモデルとなる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や技術を研修することにより、内科専門医取得への motivation を強化することがで

きます。その後、他科（場合によっては連携施設での他科研修含む）をローテートします。研修 2 年目あるいは 3 年目には、連携施設における当該 Subspecialty 科において内科研修を継続して Subspecialty 領域を重点的に研修するとともに、充足していない症例を経験します。研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上、希望する Subspecialty 領域の責任者とプログラム統括責任者が協議して決定します。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医研修が主体であり、重点研修は原則 1 年間とします。

なお、専門医資格の取得と臨床系大学院への進学を希望する場合は、担当教授と協議して大学院入学時期を決定して下さい。

各年次の到達目標は以下の基準を目安とします。

○ 専門研修 1 年

- 症例：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち、20 疾患群以上を経験し、専攻医登録評価システム(J-OSLER)に登録することを目標とします。また、専門研修修了に必要な病歴要約を 10 編以上 J-OSLER に登録し、担当指導医の評価を受けることを目標とします。
- 技能：疾患の診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を指導医とともに行うことを目標とします。
- 態度：専攻医自身の自己評価、指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価とを複数回行って態度の評価を行い担当指導医が専攻医にフィードバックします。

○ 専門研修 2 年

- 疾患：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち、通算で 45 疾患群以上を（できるだけ均等に）経験し、J-OSLER に登録することを目標とします。また、2 年目修了時までに、専門研修修了に必要な病歴要約 29 編を J-OSLER に登録します。
- 技能：疾患の診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を指導医の監督下で行うことを目標とします。
- 態度：専攻医自身の自己評価、指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行います。専門研修 1 年次に受け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専攻医にフィードバックします。

○ 専門研修 3 年

- 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します。但し、修了要件はカリキュラムに定める 56 疾患群、120 症例以上（外来症例は 1 割まで含むことができる）です。この経験症例内容を J-OSLER へ登録します。3 年目に内科専門医ボードにより、既に登録を終えた病歴要約の査読を受けます。
- 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ることを目標とします。

・ 態度：専攻医自身の自己評価、指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行います。専門研修 2 年次に受け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専攻医にフィードバックします。また、専攻医が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評価し、専攻医と面談してフィードバックします。また、これらの修得が不十分な場合には、専攻医に対して指導医が適切な指導を行い、さらなる改善を図ります。

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

専攻医は、日々の診療や指導医から受けたアドバイスやフィードバックに基づいて、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。本プログラムは、毎年３月に専攻医を対象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、プログラム改訂への参考とします。アンケート用紙は別途定めます。

2）指導医による評価と 360 度評価

指導医およびローテー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 Web 版の研修手帳に登録した当該科の症例登録を経時的に評価し、症例要約の作成についても指導します。また、技術・技能についての評価も行います。目標の達成度や各指導医・メディカルスタッフの評価に基づき、研修責任者は年に 1 回以上、専攻医の研修の進行状況の把握と評価を行い、適切な助言を行います。臨床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専攻医と指導医に連絡を適宜行います。

また、指導医とメディカルスタッフによる複数回の 360 度評価によって、専攻医の態度を毎年評価します。

９． プログラム修了の基準

専攻医研修 3 年目の 3 月に、研修手帳に基づき、経験症例、技術・技能の目標達成度について最終的な評価を行います。29 例の病歴要約の合格、所定の講習受講や研究発表なども判定要因になります。

最終的には指導医による総合的評価に基づいてプログラム管理委員会によって専攻医のプログラム修了判定が行われます。専攻医は、本プログラム修了後に実施される内科専門医試験（毎年夏～秋頃実施）に合格して、内科専門医資格を取得します。

１０． 専門医申請に向けての手順

J-OSLER を用います。同システムでは以下の項目について、web ベースで日時を含めて記録します。具体的な入力手順については内科学会 HP の“専攻研修のための手引き”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、120 症例の研修内容を登録します。指導医はその内容を評価し、合格基準に達したと判断した場合に承認します。
- 指導医による専攻医の評価、メディカルスタッフによる 360 度評価、専攻医による逆評価を入力して記録します。
- 全 29 症例の病歴要約を指導医が校閲後に登録し、専門研修施設群とは別の内科専門医ボードによるピアレビューを受け、指摘事項に基づいた改訂を、受理されるまでシステム上で行います。
- 専攻医の学会発表や論文発表の記録を行い、臨床研修センターにて管理します。

専攻医の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、臨床研修センターにて管理します。

１１． プログラムおよび各施設での待遇

専攻医の就業は、労働基準法に基づき、奈良県立医科大学附属病院の就業規則及び給与規則に従って行われます。専攻医の心身の健康維持は、各施設の研修委員会と労働安全衛生委員会で管理されます。特に精神衛生上の問題が疑われる場合は、専門家によるカウンセリングが行われます。専攻医は、採用時に上記の労働環境、労働安全、勤務条件等の説明を受けます。プログラム管理委員会は、各連携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、これらの事項を総括的に評価します。なお、連携施設・特別連携施設での就業については、連携施設の就業規則及び給与規則に従います。

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 2 つのコース、①General Medicine (GM) コース、②Generalist-Specialist/Scientist (GS) コースを準備していることが最大の特徴です。コース選択後も条件を満たせばもう一方のコースへの移行も認められます。また、外来トレーニングにふさわしい症例（主に初診）を専攻医に経験させるために、外来症例割当システムを構築しています。専攻医は外来担当医の指導の下、当該症例の外来主治医となり、一定期間外来診療を担当し、研修を進めることができます。

１３． 継続した subspecialty 領域の研修の可否

内科学における 13 の Subspecialty 領域を研修します。基本領域の到達基準を満たすことができる場合には、専攻医の希望や研修の環境に応じて、各 Subspecialty 領域に重点を置いた専門研修を行うことが可能です（GS コース参照)。本プログラムは、内科研修修了後の医師が今後の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

本プログラムは、毎年３月に専攻医を対象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、プログラム改訂への参考とします。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

日本専門医機構内科領域研修委員会に相談します。

奈良県立医科大学附属病院
内科専門医研修プログラム
指導医マニュアル

奈良県立医科大学附属病院 内科専門医研修プログラム
指導医マニュアル

目次

内容

１．専攻医研修ガイドの記載内容に対応したプログラムで期待される指導医の役割 2

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

３．個別の症例経験に対する評価方法と評価基準 3

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 3

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 3

６．指導に難渋する専攻医の扱い 4

７．プログラムならびに各施設における指導医の待遇 4

８．FD 講習の出席義務 4

９．研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難な場合の相談先 4

１０.その他 4

１．専攻医研修ガイドの記載内容に対応したプログラムで期待される指導医の役割

・原則1人の担当指導医がメンターとして専攻医1人に割り当てられます。
・担当指導医は奈良県立医科大学附属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、専攻医の日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER　以下J-OSLERにて表記）への研修内容登録やその履修状況の確認をシステム上で行ってフィードバックの後にシステム上で承認をします。この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行います。
・担当指導医は、専攻医がそれぞれの年次で登録した疾患群、症例の内容について評価・承認します。
・担当指導医は、専攻医と十分に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を確認するとともに、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、知識と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）1年次修了までに合計10症例、2年修了時までに合計29症例の病歴要約を作成することを促進し、内科専門医ボードによる査読・評価で受理（アクセプト）されるように病歴要約について確認し、形成的な指導を行います。

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

・年次到達目標は、内科専門研修において求められる「疾患群」、「症例数」、「病歴提出数」に示すとおりです。
・担当指導医は、臨床研修センターと協働して、3か月ごとにJ-OSLERで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、定期的に自己評価と指導医評価、な

らびに360度評価を行います。評価終了後1か月以内に担当指導医は専攻医にフィードバックを行い、形成的に指導します。2回目以降は、以前の評価についての省察と改善とが図られたか否かを含めて、担当指導医はフィードバックを形成的に行って、改善を促します。

３．個別の症例経験に対する評価方法と評価基準

・ 担当指導医は、Subspecialtyの上級医と十分なコミュニケーションを取り、J-OSLERでの専攻医による症例登録を評価します。
・ 担当指導医は、J-OSLER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J-OSLERでの当該症例登録の削除や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を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後に、担当指導医が承認します。
・ 専門研修施設群とは別の内科専門医ボードによるピアレビューを受け、指摘事項に基づいた改訂が行われた後に、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、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、奈良県立医科大学附属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、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、その結果を基に奈良県立医科大学附属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異動勧告などを行います。

７．プログラムならびに各施設における指導医の待遇

各施設の給与規程によります。

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）の受講状況は臨床研修センターにて管理します。

９．研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難な場合の相談先

日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とします。

１０．その他

特になし。